La pauvreté chez les enfants au Canada Atlantique : un document de travail

Table des matières

Introduction 3

PARTIE 1 : UN PROFIL SUR LA PAUVRETÉ CHEZ LES ENFANTS DANS LA RÉGION DE L'ATLANTIQUE

Contexte 4

Faits marquant 11

- Entre 1990 et 1995, la pauvreté chez les enfants a augmenté au Canada Atlantique 11
- Les enfants issus de familles monoparentales dirigées par des femmes sont plus susceptibles d'être pauvres, et cette tendance s'accroît dans la région Atlantique 13
- Un pourcentage élevé d'enfants des provinces Atlantique vivent sous le seuil de la pauvreté et cette dernière peut être assez marquée, que ce soit pour les enfants provenant de familles bénéficiaires de l'aide sociale ou pour ceux dont les familles dépendent d'emplois peu rémunérateurs ou du salaire minimum pour survivre 15
- Le taux de pauvreté et son importance est d'autant plus marqué chez les enfants autochtones que chez les enfants en général 25
- Il y a peu d'information sur la situation des enfants de couleur et ceux provenant de minorités visibles 30
- Le peu d'information disponible sur les jeunes marginaux indique qu'ils sont de plus en plus nombreux et leurs besoins pressants 32

PARTIE 2 : UN APERÇU DU CONTEXTE DES INITIATIVES ET DES PROGRAMMES DE LA PAUVRETÉ CHEZ LES ENFANTS DANS LA RÉGION ATLANTIQUE

Contexte 34

Résultats 35

Résumé 46

PARTIE 3 : DISCUSSION 48

Conclusion 53

Références 55

Annexes

Annexe 1 : historique et plan de travail du profil 57

Annexe 2 : base de données / questionnaire sur l'analyse du contexte 64

Annexe 3 : résumés des organismes et des initiatives provinciaux 68

Remerciements

Nous voulons remercier sincèrement les personnes consultées durant ce rapport pour leur coopération, leur temps et leurs efforts. Nous apprécions grandement leur contribution et nous avons fait tout en notre possible pour faire un bon usage de l'information fournie.

Nous profitons de l'occasion pour remercier nos collègues :

- Les expert-conseils qui ont procédé à l'analyse du contexte dans chaque province : Charline Chase , Nouveau-Brunswick; Eileen Conway-Martin, Île-du-Prince-Édouard; Phyllis Price, Nouvelle-Écosse et Ann Ryan, Terre-Neuve. Nous reconnaissons qu'il a fallu beaucoup d'efforts pour accomplir autant de travail dans un si court délai.
- Notre conseiller en informatique, Elmer Wade; merci pour sa patience et sa précision
- Yolande Paulin, qui a préparé la version en français de ce rapport.

En dernier lieu, nous tenons à remercier la personne-ressource de Santé Canada, Fiona Chin-Yee, pour son aide et son appui.

Ce document a été préparé pour la Direction générale de la promotion et des programmes de santé de Santé Canada, région de l'Atlantique. Les opinions données sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement l'orientation de Santé Canada.

Vous pouvez reproduire ce document au complet ou en partie. Veuillez mentionner la source comme suit :
La pauvreté chez les enfants au Canada Atlantique : un document de travail, janvier 1998.
Préparé par J. W. Catano et le réseau de promotion de la santé communautaire Atlantique pour la Direction générale de la promotion et des programmes de santé, Santé Canada.

103-04803/

La pauvreté chez les enfants au Canada Atlantique : un document de travail

Introduction

En novembre 1997, Santé Canada a demandé un résumé de la situation de la pauvreté infantile dans chacune des provinces de l'Atlantique et dans la région en général. Ce résumé comprenait :

1. *Un profil de la pauvreté chez les enfants au Canada Atlantique* qui, en se basant sur des statistiques et des rapports publiés, évaluait les faits marquants les plus importants sur la pauvreté chez les enfants dans les quatre provinces de l'Atlantique.

2. *Une analyse du contexte des initiatives et programmes de la pauvreté chez les enfants au Canada Atlantique* qui répertorie l'information sur les initiatives, les programmes, les politiques et les relations clé. L'information recueillie lors de cette analyse a été compilée dans une base de données que Santé Canada pourra accroître et utiliser à titre de référence et de source d'information.

Ce rapport combine l'information du profil et de l'analyse et servira de point de départ à une discussion lors d'un atelier de réflexion intitulé «Travailler ensemble pour éliminer la pauvreté chez les enfants au Canada Atlantique». Cet atelier, organisé par la Direction générale de la promotion et des programmes de santé, se tiendra en mars 1998. Le but de cette réflexion est d'établir, pour le *Childhood and Adolescent Life Stage of the Population Health Fund*, les priorités en ce qui a trait à la pauvreté chez les enfants.

PARTIE 1 : UN PROFIL DE LA PAUVRETÉ CHEZ LES ENFANTS AU CANADA ATLANTIQUE

Contexte

À mesure que les concepts sur la santé de la population ont été assimilés, on a porté une attention particulière aux effets des divers facteurs déterminants concernant la santé liée à certains groupes de population. Les effets découlant du revenu et du statut social, plus particulièrement ceux concernant la pauvreté, sur la santé de la population en général, surtout en ce qui a trait aux enfants, ont suscité de nombreux commentaires.

Durant les dernières années, plusieurs rapports nationaux ont mentionné la priorité qui doit être accordée à la question de la pauvreté chez les enfants.

Un rapport intitulé «A Cross-Country Consultation on a National Vision and goals for Child and Youth Health Canada: Summary Report» (une consultation sur une vision et les objectifs nationaux de la santé des enfants et des adolescents du Canada : un rapport sommaire destiné à l'Unité de la santé de la famille et de l'enfance) de Santé Canada a été préparé en 1995 par un groupe de travail sur les programmes de santé des enfants de l'Association canadienne de santé publique. Ce rapport résume les commentaires apportés par plus de 500 Canadiens qui ont participé à une consultation dans le but d'établir les objectifs concernant la santé des enfants et des adolescents.

- **Il existe un besoin d'accorder plus d'importance à l'équité et à l'effet marqué de la pauvreté sur tous les aspects de la santé chez les enfants.**
  «Des participants provenant de partout au Canada s'entendent pour affirmer que la pauvreté ne résulte pas uniquement d'un manque de ressources financières. La pauvreté, le chômage et l'insécurité au niveau de l'économie menacent la santé émotionnelle et spirituelle des familles et des communautés et empêchent de donner un chance égale à tous les enfants. La pauvreté est liée à l'éducation, à l'alphabétisme, l'environnement physique, le statut et la discrimination.» (page 10)

- **La santé et le bien-être des enfants ne peuvent pas être dissociés de ceux de leurs parents et de leurs familles.**

  «Les familles constituent le contexte immédiat des enfants et des adolescents; il devient donc important d'inclure la famille dans toute discussion sur la santé des enfants et des adolescents...Les familles comportent bon nombre de différentes structures et de fonctions. Cette diversité doit être reconnue sans qu'aucun groupe ne soit dévalorisé...Malgré les masques qu'elles portent, les familles subissent de plus en plus de pression.» (page 11)

Le forum national sur la santé a donné lieu à plusieurs rapports qui traitent des aspects des effets de la pauvreté sur la santé des enfants. Un rapport intitulé «What Determines Health?» (1996) préconisait l'élimination de la pauvreté infantile et encourageait aussi les efforts favorisant le soutien social à l'intérieur des communautés afin de protéger et de préserver un développement sain chez les enfants et les adolescents. Un autre rapport, le «Advancing the Dialogue on Health and Health Care: A Consultation Document» (Faire avancer le dialogue sur la santé et les soins de santé : un document de consultation)(1996) insiste sur l'importance de miser maintenant sur nos enfants pour assurer l'avenir. «Canada Health Action: Building on the Legacy — Final Report of National Forum on Health» (Action sur la santé au Canada : donner suite à l'héritage — rapport final du forum national sur la santé) (vol. 1, 1997) est un rapport qui recommandait une vaste stratégie intégrée de l'enfance et de la famille. Cette stratégie comprenait des programmes et le soutien du revenu en plus de demander la collaboration du gouvernement fédéral, du secteur privé et des organismes en place , et ce afin de renforcer l'action communautaire.

Quant au rapport intitulé «Turning Points: Canadian from Coast to Coast set a new course for healthy child and youth development» (Tournants décisifs : des canadiens d'un océan à l'autre apportent une nouvelle approche pour le développement des enfants et des adolescents), il définissait les objectifs sur le plan national visant à promouvoir un développement sain chez les enfants et les adolescents. La réduction de la pauvreté chez les enfants et les familles constitue l'un des huit objectifs jugés essentiels à l'ensemble de la mission suivante : sauvegarder et améliorer la santé et le bien-être de tous les enfants et les adolescents du Canada.

«Tournants décisifs» énonce de façon claire les conséquences de la pauvreté de la famille et de la communauté sur les enfants :

«Les conséquences de la pauvreté sont lourdes. Ainsi, les problèmes de santé attribués à la pauvreté sont très bien connus. Parmi ceux-ci, on retrouve un poids moins élevé à la naissance, une alimentation mal équilibrée, un plus grand nombre de décès chez les nourrissons et les enfants, des blessures et une invalidité de longue durée, des troubles mentaux de même qu'un rendement scolaire médiocre. L'influence de la pauvreté sur la vie familiale va au-delà du manque d'argent pour se loger convenablement et une avoir une alimentation variée et équilibrée. Par exemple, les privations engendrées par un manque de ressources financières augmentent le stress à l'intérieur de la famille et diminuent la capacité de cette dernière à l'affronter. En retour, ce stress menace la santé émotionnelle des enfants....Lorsqu'une communauté ou un voisinage doit affronter la pauvreté, un logement ou des loisirs inadéquats, le développement sain de ses enfants et adolescents est mis en danger.» (Page 13)

Cependant, malgré la sensibilisation à la question de la pauvreté chez les enfants, on a pu remarquer une faible amélioration partout au Canada. Ainsi, en novembre 1997, la Campagne 2000 a émis le rapport intitulé «La pauvreté de l'enfance au Canada - Dépliant de rapport 1997». Ce dernier démontre que, depuis 1989, lorsque la Chambre des communes a adopté la résolution signalant leur intention «de tenter d'atteindre l'objectif d'éliminer la pauvreté chez les enfants d'ici l'an 2000, la situation s'est considérablement aggravée. Ce dépliant de rapport indique que depuis 1989 :

- Le nombre d'enfants pauvres : • a augmenté de 58 %
- Le nombre d'enfants vivant dans des familles qui connaissent le chômage chronique : • a augmenté de 47 %
- Le nombre d'enfants vivant dans des familles de travailleurs à faible revenu : • a augmenté de 43 %
- Le nombre d'enfants vivant dans des familles qui reçoivent des prestations de l'aide sociale : • a augmenté de 68 %
- Le nombre d'enfants vivant dans des logements loués à des coûts trop élevés : • a augmenté de 48 %
- Le nombre d'enfants pauvres vivant dans des

familles biparentales : • a augmenté de 57 %

- Le nombre d'enfants pauvres vivant dans des familles monoparentales : • a augmenté de 64 %
- Le nombre d'enfants vivant dans des familles dont le revenu est inférieur à 20 000 $: • a augmenté de 45 %

(Campagne 2000, Dépliant de rapport 1997, p. 2)

«La santé des enfants du Canada : Profil réalisé par l'ICSI» (L'Institut canadien de la santé infantile, Ottawa, 2e édition, 1994) décrit bien la situation :

- *Le problème de la pauvreté chez les enfants au Canada est très important..*
- *Les pauvres sont très pauvres.*
- *Le problème s'accentue.*
- *Les enfants pauvres ne jouissent pas du même niveau de santé que les enfants mieux nantis.* (Pages 127-129)

En visant l'élimination de la pauvreté d'ici l'an 2000, l'Institut canadien de la santé infantile déclare :

«Nous avons la responsabilité de nos enfants. L'avenir du Canada dépend d'eux. Nous devons donc agir maintenant pour enrayer la pauvreté si nous voulons améliorer la santé de nos enfants. Les enfants et leurs parents ont besoin à la fois d'un soutien économique et social et ce, à chaque étape de leur vie. Une stratégie visant à aider les familles avec des enfants doit comprendre un ensemble concret de politiques et de programmes dans les trois domaines suivants : l'emploi, la sécurité sociale et l'appui communautaire.» (page 128-129)

Les gouvernements fédéral et provinciaux se sont penchés sur ces questions par le biais de la prestation pour enfants et un programme national destiné à ces derniers.

Le 10 janvier 1997, le ministre des finances, Paul Martin, affirmait : «Je crois que la pauvreté chez les enfants constitue un grand défi à relever pour cette génération.» Si des efforts sérieux ne sont pas déployés pour reconnaître et renverser ces tendances, la pauvreté chez les enfants continuera de s'accroître et constituera un défi de plus en plus sérieux pour la prochaine

génération.

Notes sur les informations statistiques

Dans l'ensemble du contexte d'une reconnaissance croissante de l'effet de la pauvreté chez les enfants en tant que facteur déterminant de la santé, plusieurs études ont tenté de mettre à jour l'étendue et la profondeur de la pauvreté chez les enfants au Canada et ont ainsi fourni de l'information propre aux provinces de l'Atlantique. Après avoir examiné cette information statistique, on doit tenir compte des points suivants :

1. Il existe un désaccord quant à l'utilisation des «seuils de faible revenu» comme seuils de pauvreté.

Une grande partie de l'information présentée dans les tableaux de cette section est basée sur le seuil de faible revenu établi par Statistique Canada. Par exemple, les tableaux contenaient de l'information provenant des «profils de pauvreté» du Conseil national du Bien-être. Le Conseil national du Bien-être décrit le seuil de faible revenu comme suit :

«Chaque année, Statistique Canada mène une enquête auprès des ménages connu sous le nom d'Enquête sur les finances afin d'obtenir de l'information sur la distribution du revenu ainsi que la nature et l'étendue de la pauvreté au Canada...L'information sur la pauvreté est recueillie en comparant les données de l'enquête aux seuils de faibles de revenu de Statistique Canada. Ces seuils représentent la proportion de revenu brut lorsque les gens déboursent des sommes démesurées pour se nourrir, se loger et se vêtir... 20 pourcent a été déterminé une mesure raisonnable du fardeau additionnel. Selon les données obtenues sur les habitudes de dépenses en 1986, la famille canadienne moyenne consacre 36,2 % de son revenu brut à l'alimentation, au logement et à l'habillement, ce qui laisse croire que les canadiens à faible revenu déboursent 56,2 % ou plus de leur revenu pour les nécessités de la vie» (Profil de pauvreté 1995, page 4)

Même si Statistique Canada considère non officiel les seuils de faible revenu et n'encourage pas leur utilisation à titre de seuils de pauvreté, différents groupes sociaux continuent d'utiliser ces seuils parce qu'ils estiment que ...*«les seuils s'avèrent un outil utile pour définir et analyser une bonne partie de la population canadienne à faible revenu. Ces mesures d'évaluation de la pauvreté ne s'avèrent pas les seules à être prises au Canada, bien qu'elles soient les plus*

acceptées et relativement comparables à la plupart des mesures de rechange.» (Profil de la pauvreté, 1995, pages 5 et 6)

Des personnes ressources des provinces de l'Atlantique ont indiqué que les gouvernements provinciaux utilisent les seuils de faible revenu pour évaluer, avec d'autres mesures, l'évaluation des niveaux de pauvreté.

2. Les statistiques peuvent porter à confusion et parfois s'avérer trompeuses.

Pour tracer les grandes lignes de la pauvreté dans la région Atlantique, nous avons tenté de voir le problème sous des angles différents — Combien d'enfants vivent dans la pauvreté? À quel point sont-ils pauvres?[1] De quel type de familles proviennent-ils? Il demeure toutefois que l'information n'est pas à la disposition de toutes les provinces concernées et, de plus, les diverses publications de compendiums de statistiques ne couvrent pas tous les mêmes groupes d'âge. Par exemple, plusieurs tableaux ont été élaborés d'après l'Étude nationale longitudinale de la santé de l'enfant, laquelle fournissait de l'information intéressante qui, toutefois, ne couvrait que les enfants de la naissance à l'âge de 11 ans. D'après les tableaux 7A et 7D, la petite partie de la population a causé des écarts sur l'information concernant la participation au marché du travail pour toutes les provinces.

Chaque tableau représente une pièce du casse-tête. Cependant, chaque pièce ne représente qu'une petite partie de la vue d'ensemble . Une fois assemblées, elles peuvent aider à effectuer un survol de la pauvreté chez les enfants au Canada Atlantique, mais de nombreuses pièces manquantes rendent l'ensemble de la situation difficile à comprendre.

3. Les statistiques sont limitées.

Les statistiques présentent des moyennes et des vues d'ensemble. Elles ne racontent pas les expériences et la réalité vécues par les gens concernés. Même si chaque données statistiques étaient accessibles (ce qui n'est pas possible en raisons des limites de ce profil), ces données ne diraient pas tout sur la situation de la pauvreté chez les enfants. Même si nous avons fait notre possible pour présenter toute la documentation de manière précise et bien l'interpréter, nous

---

[1]Dans ce rapport, le terme «étendu de la pauvreté» indique jusqu'où se situe le revenu d'un particulier ou d'une famille sous le seuil de faible revenu. **Données de base sur la pauvreté au Canada, 1994** définie l'étendue de la pauvreté comme une façon de répondre à la question, «Combien pauvre sont les pauvres?» (page 31)

reconnaissons que le tableau reste incomplet.

Nous reconnaissons que les données compilées pour ce rapport n'ont pas toutes la même validité. Dans certains cas, les chiffres n'étaient pas assez élevés pour être considérés appropriés au point de vue statistique. Il existe une préoccupation particulière quant aux données pour l'île-du-Prince-Édouard. Sur chaque tableau, nous avons remarqué des chiffres dont la validité pourrait s'avérer douteuse.

Étant donné que le délai et le budget accordés pour ce projet ne permettaient d'effectuer des tableaux personnalisés et de nouvelles analyses de données, l'information contenue dans ce profil provient des rapports publiés et l'information donnée par les relations clé au gouvernement. Des renseignements supplémentaires sur l'historique et le plan de travail utilisé lors de l'élaboration de ce profil sont inclus dans l'annexe 1.

Faits marquants

1. Entre 1990 et 1995, la pauvreté a augmenté chez les enfants de toutes les provinces de l'Atlantique

Les «Profils de la pauvreté» du Conseil national du Bien-être contiennent des données qui indiquent l'étendue de la pauvreté chez les enfants dans la région de l'Atlantique. Ainsi, le tableau 1qui compile l'information provenant des profils de la pauvreté publiés en 1992, 1995 et en 1997, démontre le nombre d'enfants touchés par la pauvreté dans chacune des provinces de l'Atlantique. Il indique aussi le taux de pauvreté, lequel compare le nombre de personnes, de familles ou de personnes seules pauvres d'une catégorie donnée à toutes les personnes, familles ou personnes seules de cette même catégorie, ainsi que la modification du taux de pauvreté durant la période qui s'étend de 1990 à 1995.

Ce tableau démontre très clairement les deux faits suivants : la pauvreté chez les enfants est étendue dans la région de l'Atlantique, et la situation s'est détériorée entre 1990 et 1995.

Ce tableau démontre également que les familles monoparentales dirigées par une femme ont le plus souvent des revenus sous le seuil de la pauvreté que les familles biparentales. Par exemple, en 1995, à Terre-Neuve, 19,9 % des enfants vivant dans des familles biparentales dont les revenus étaient sous le seuil de la pauvreté. Toutefois, le taux de pauvreté chez les enfants de mères seules s'élevait à 77,5 %. Cette disparité est aussi flagrante dans d'autres provinces : ainsi, à l'Î.-P.-É. le taux de pauvreté chez les familles biparentales était de 8,6 %, quant à celui chez les familles monoparentales dirigées par des femmes, il se chiffrait à 60 %. En Nouvelle-Écosse, il s'élevait à 11,7 % pour les familles biparentales contre 73,6 % chez les familles monoparentales dirigées par une femme. Finalement, au Nouveau-Brunswick, les familles biparentales avaient un taux de pauvreté de 14,7 % contre 75,2 pour les mères chefs de famille.

Tableau 1 : enfants de moins de 18 ans des provinces de l'Atlantique vivant dans la pauvreté

	Enfants pauvres de tous les types de familles		Enfants pauvres de familles biparentales dont les parents sont âgés de moins de 65 ans		Enfants pauvres de familles monoparentales dirigée par une femme âgée de moins de 65 ans	
	Taux de pauvreté	Nombre d'enfants	Taux de pauvreté	Nombre d'enfants	Taux de pauvreté	Nombre d'enfants
Terre-Neuve						
1990	19,6 %	32 000	14,9 %	21 000	75,6 %	9 000
1993	20,7 %	32 000	16,3 %	22 000	67,8 %	8 000
1995	26,0 %	36 000	19,9 %	24 000	77,5 %	11 000
% variation 1990-93	+1,1 %		+1,4 %		-7,8 %	
% variation 1993-95	+5,3 %		+3,6 %		+9,7 %	
% variation 1990-95	+6,4 %		+5,0 %		+1,9 %	
Île-du-Prince-Édouard						
1990	13,7 %	5 000	8,4 %	3 000	55,2 %	2 000
1993	9,7 %	3 000	6,1 %	2 000	35,4 %	1 000
1995	14,2 %	5 000	8,6 %	3 000	60,0 %	2 000
% variation 1990-93	-4,0 %		-2,3 %		-19,8 %	
% variation1993-95	+4,5 %		+2,5 %		+24,6 %	
% variation1990-95	+0,5 %		+0,2 %		+4,8 %	
Nouvelle-Écosse						
1990	16,5 %	35 000	8,0 %	14 000	63,5 %	18 000
1993	22,1 %	48 000	12,1 %	22 000	73,7 %	25 000
1995	21,6 %	47 000	11,7 %	21 000	73,6 %	25 000
% variation 1990-93	+5,8		+4,1		+10,2	
% variation 1993-95	-0,5		-0,4		-0,1	
% variation1990-95	+5,1		+3,7		+10,1	
Nouveau-Brunswick						
1990	17,1 %	31 000	9,3 %	14 000	69,4 %	14 000
1993	17,5 %	31 000	10,0 %	15 000	76,6 %	15 000
1995	23,9 %	42 000	14,7 %	21 000	75,2 %	18 000
% variation 1990-93	+0,4 %		+0,7 %		+7,2 %	
% variation1993-95	+6,4 %		+4,7 %		-1,4 %	
% variation1990-95	+6,8 %		+5,4 %		+5,8 %	
Canada						
1990	16,9 %	1105,000	10,6 %	591 000	64,1 %	441 000
1993	20,8 %	1,415,000	13,4 %	752 000	63,8 %	595 000
1995	20,5 %	1,441,000	13,5 %	785 000	62,2 %	575 000
% variation 1990-93	+3,9 %		+2,8 %		-0,3 %	
% variation 1993-95	-0,3 %		+0,1 %		-1,6 %	
% variation 1990-95	+3,6 %		+2,9 %		-1,9 %	

Sources: Compilation des données du Profil de la pauvreté, 1980-1991du Conseil national du Bien-être; Profil de la pauvreté, 1993 (printemps 1995); Profil de la pauvreté, 1995 (printemps 1997).

2. Les enfants issus de familles monoparentales dirigées par une femme sont plus enclins à être pauvres, et cette tendance s'accroît dans la région de l'Atlantique.

Un pourcentage plus élevé de familles monoparentales dirigées par une femme vivent sous le seuil de la pauvreté et, tel que démontré dans le tableau 2, ce pourcentage a augmenté de façon notable dans les provinces de l'Atlantique au fil des années depuis 1980. Par exemple, en 1980, 58,0 % des familles monoparentales dirigées par une femme dans la région de l'Atlantique étaient sous le seuil de faible revenu. En 1995, ce pourcentage était passé à 74,0 %. Pendant cette même période de temps, les chiffres sont demeurés relativement stable, pour l'ensemble du Canada : en 1980, 58,9 % des familles monoparentales dirigées par une femme vivaient sous le seuil de la pauvreté, et en 1995, et leur nombre avait sensiblement augmenté pour passer à 61,9 %.

Ce changement est d'autant plus important lorsqu'il est comparé au taux de pauvreté pour les familles biparentales durant cette même prériode. En 1980, 17,2 % des familles biparentales de la région de l'Atlantique avaient des revenus inférieurs au seuil de la pauvreté. Au Canada, ce pourcentage était de 11,0 %. Quant au Canada Atlantique, en 1995, 14,7 % de ce même type de famille percevaient un revenu inférieur au seuil de la pauvreté, une diminution de 2,5 % depuis 1980. Enfin, pour le Canada, en 1995, le pourcentage était de 14,1 %, soit une hausse de 3,1 %.

Toutefois, lorsque l'on regarde la situation de plus près, il semble qu'à court terme, l'avenir s'annonce moins prometteur pour les familles biparentales. En effet, malgré une baisse à long terme depuis 1990, le nombre d'enfants provenant de familles biparentales a augmenté dans l'ensemble de la région de l'Atlantique et dans chacune des provinces.

Le revenu et le statut social en tant que facteurs déterminants de la santé renferment à la fois le niveau de revenu et la répartition de celui-ci parmi la population, ce qui signifie l'écart entre les gens ayant les revenus les plus élevés et ceux ayant les plus bas. Le principe de base de ce facteur déterminant est que les sociétés les plus en santé sont celles qui jouissent de la prospérité et d'une distribution équitable des richesses. (Conceptual Framework Subgroup on Population Health, 1996).
La question du seuil de pauvreté chez les familles monoparentales dirigées par une femme est d'autant plus sérieuse, car le nombre de ces dernières augment toujours. Ainsi, en 1984, 6,7 % des jeunes familles au Canada étaient des familles monoparentales dirigée par une personne de 44 ans ou moins. En 1993, ce pourcentage est passé à 8,9 %. (Zyblock and Tyrell, 1997). Durant cette même période de temps, l'inégalité dans les revenus de ces familles était plus grande et «*les familles qui ont le plus contribué à cette hausse de l'inégalité de 1984 à 1993 étaient les familles monoparentales dirigées par une personne de moins de 45 ans...Ces familles monoparentales comptent pour 62 % de l'accroissement de l'inégalité du revenu pour les familles de 1984 à*

1993.» (Zyblock and Tyrell, 1997, page 116).

TABLEAU 2 : pourcentage des enfants de moins de 18 ans vivant des familles à faible revenu, provinces de l'Atlantique, 1980 - 1995*

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Provinces de l'Atlatique																
•Toutes les familles																
•Familles biparentales	21,1	21,1	24,3	26,2	24,8	22,5	20,5	20,6	17,6	17,7	18,3	19,9	19,9	20,6	20,1	23,1
•Familles monoparentales	17,2	16,6	19,5	21,7	19,3	17,5	15,4	14,5	11,5	11,3	10,8	13,1	12,4	12,9	12,7	14,7
	58,0	74,0	71,2	69,0	74,2	70,1	68,4	70,6	66,2	65,7	68,0	66,3	69,3	71,3	65,1	74,0
Terre-Neuve																
•Toutes les familles	28,9	21,6	25,7	31,2	28,8	28,6	25,7	25,4	21,0	19,8	20,8	20,6	26,8	21,8	23,4	26,2
•Familles biparentales	26,0	19,0	22,4	27,9	26,0	25,4	22,3	20,9	16,1	14,9	15,4	16,1	20,3	16,8	18,1	20,1
•Familles monoparentales	60,8	71,5	77,1	80,8	63,9	72,2	67,9	77,2	68,9	66,5	75,3	71,6	74,3	66,1	67,6	77,5
Île-du-Prince-Édouard																
•Toutes les familles	14,3	22,7	20,1	15,1	17,7	14,8	14,1	15,1	13,2	12,7	14,0	15,6	12,7	11,4	13,3	14,2
•Familles biparentales	10,4	20,5	16,0	13,4	14,4	12,0	11,6	11,1	8,9	9,0	8,7	10,8	8,4	7,1	6,0	8,8
•Familles monoparentales	44,4	58,7	58,3	68,1	56,7	57,5	48,5	60,0	49,5	52,5	55,1	51,9	40,7	43,7	60,2	58,5
Nouvelle-Écosse																
•Toutes les familles	15,9	18,0	22,1	22,8	20,6	19,9	18,4	17,6	14,9	16,6	16,8	20,6	19,4	23,4	20,5	21,5
•Toutes les familles biparentales	10,8	12,5	16,5	16,8	13,9	14,5	11,6	11,3	8,9	9,6	8,9	12,5	10,2	13,4	11,5	11,5
•Familles monoparentales	57,9	72,8	67,9	62,8	74,5	67,7	66,8	62,3	62,1	62,6	66,6	66,9	69,9	74,3	66,6	73,6
Nouveau-Brunswick																
•Toutes les familles	20,3	23,9	26,2	27,3	27,0	21,2	19,2	20,7	18,5	18,0	18,6	19,2	15,9	18,0	18,3	21,4
•Familles biparentales	16,4	18,0	20,4	22,6	19,6	14,3	13,9	12,7	10,8	10,4	10,2	11,3	9,0	10,1	10,8	15,4
•Familles monoparentales	59,1	78,1	73,6	70,1	80,5	72,8	73,7	76,6	70,6	70,2	67,6	65,6	69,7	74,3	62,2	74,8
Canada																
•Toutes les familles	15.8	16,4	19,1	19,8	21,0	19,5	17,6	17,7	16,1	15,3	17,8	18,9	19,2	21,3	19,5	21,0
•Familles biparentales	11.0	11,0	13,7	14,4	14,9	13,5	12,4	11,8	10,2	9,7	11,1	12,1	11,9	13,5	12,7	14,1
•Familles monoparentales	58.9	58,2	64,2	64,8	66,6	65,9	61,1	63,3	59,4	57,5	62,9	64,2	60,0	63,3	59,9	61,9

Source: Statistique Canada, Personnes à faible revenu, 1980-1995 (seuil de faible revenu, base de 1992), Enquête sur les finances des consommateurs.
*Les évaluations sont basées sur le seuil de faible revenu, 1992)

3. Un pourcentage élevé d'enfants des provinces de l'Atlantique vivent dans la pauvreté, et cette dernière peut s'avérer considérablement profonde, à la fois pour les enfants provenant de familles qui reçoivent de l'aide sociale et ceux vivant dans des familles de bas salariés.

Le tableau 3 utilise les données du *profil de la pauvreté, 1995* afin de donner un aperçu de l'étendue de la pauvreté chez les enfants dans la région de l'Atlantique, à savoir de combien les revenus de leurs familles sont inférieurs au seuil de faible revenu. Ce tableau démontre de combien le revenu des familles vivant de l'aide sociale est inférieur au seuil de la pauvreté, en examinant le nombre effectif de dollars et le pourcentage du seuil de la pauvreté couvert par l'aide sociale.

TABLEAU 3 : gravité de la pauvreté chez les familles qui ont des enfants et vivent de l'aide sociale dans la région de l'Atlantique, 1995

	Région de l'Atlantique		Canada	
	Pourcentage du seuil de la pauvreté couvert par le revenu	Dollars sous le seuil de la pauvreté	Pourcentage du seuil de la pauvreté couvert par le revenu	Dollars sous le seuil de la pauvreté
Mères seules âgées de moins de 65 ans ayant des enfants de moins de 18 ans	61,7 %	7 861 $	62,4 %	8 851 $
Couples âgées de moins de 65 ans ayant des enfants de moins de 18 ans	68,3 %	7 628 $	67,1 %	8 564 $

Source : Conseil national du Bien-être : Profil de la pauvreté 1995 (printemps 1997), information provenant des pages 51, 52 et de l'appendice B.

Le tableau 3 démontre l'écart important qui existait en 1995 entre le niveau de revenu offert par l'aide sociale et les seuils de faible revenu dans la région de l'Atlantique et dans l'ensemble du Canada. Même si un plus grand pourcentage de familles dirigées par une mère seule sont frappées par la pauvreté, ce tableau démontre que l'étendue de la pauvreté chez les familles biparentales et monoparentales qui vivent de l'aide sociale est assez similaire et grave.

L'information sur le pourcentage du seuil de pauvreté couvert par l'aide sociale dans chaque province de l'Atlantique se trouve aussi dans le document intitulé «La santé des enfants du Canada : Profil réalisé par l'ICSI». (2e édition, Institut canadien de la santé infantile, Ottawa, 1994). Ce rapport indique que «l'aide sociale versée est de beaucoup inférieure au seuil de la pauvreté» (page 120). Selon le tableau 4, le seuil de faible revenu équivaut à 100 %. Ce tableau démontre, en utilisant les données de 1992, le pourcentage de ce montant couvert par l'aide sociale versée à une mère seule avec un enfant.

TABLEAU 4 : pourcentage du seuil de la pauvreté couvert par l'aide sociale chez les mères seules avec un enfant dans les provinces de l'Atlantique, 1992

	Pourcentage du seuil de la pauvreté couvert par l'aide sociale
Terre-Neuve	71 %
Île-du-Prince-Édouard	71 %
Nouvelle-Écosse	67 %
Nouveau-Brunswick	55 %
Moyenne canadienne	65 %

Source :«La santé des enfants du Canada : Profil réalisé par l'ICSI.» 2e édition, Institut canadien de la santé infantile, Ottawa, 1994, page 120).

Quoique le tableau 4 indique qu'en grande partie l'aide sociale versée aux mères seules des provinces de l'Atlantique se rapproche davantage du seuil de la pauvreté que la moyenne canadienne, cette aide demeure quand même bien en dessous de ce seuil.

Même si cette enquête visait seulement les enfants âgés de zéro à 11 ans, «Grandir au Canada : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les adolescents» (Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, novembre 1996) donne de plus amples renseignements sur la situation des enfants pauvres dans la région de l'Atlantique. Le tableau 5 utilise les données de cette enquête pour présenter la source de revenu familial pour les enfants de chacune des provinces de l'Atlantique. Toutefois, ce tableau est quand même inclus afin de servir de base pour remarquer si des tendances futures passeront de la catégorie «autre» à la catégorie «aide sociale» et ce, malgré la petite taille de l'échantillon qui met en doute cette information. Il est à noter que cette dernière catégorie comprend les sources de revenu provenant de l'assurance-emploi, les pensions, l'indemnisation des accidents du travail, la prestation fiscale pour enfant, le Supplément de revenu garanti ainsi que toute autre aide gouvernementale dont le pourcentage est plus élevé dans les provinces de l'Atlantique comparativement à la moyenne canadienne.

TABLEAU 5 : répartition des enfants âgées de 0 à 11 ans par les provinces selon la principale source de revenu du ménage, 1994-1995

	Pourcentage des enfants selon la source principale de revenu du ménage		
	Rémunération	Aide sociale	Autre
Terre-Neuve	67,7 %	13,9 %[1]	18,4 %[1]
Île-du-Prince-Édouard	87,6 %	6,7 %[2]	5,7 %[2]
Nouvelle-Écosse	80,8 %	12,8 %	6,4 %[1]
Nouveau-Brunswick	84,5 %	8,5 %[1]	6,9 %[1]
Canada	85,4 %	10,1 %	4,5 %

Source : «Grandir au Canada : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les adolescents». Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, novembre 1996, page 34.
1 : Estimations moins précises en raison de l'importante variabilité de l'échantillonage.
2 : Les estimations ne répondent pas aux normes de qualité de Statistique Canada. Les conclusions basées sur ces données ne seront donc pas fiables et probablement nulles.

Le tableau 5 indique que, dans deux provinces de l'Atlantique, un nombre moins élevé d'enfants âgés de moins de 11 ans vivent de l'aide sociale que la moyenne nationale. Cependant, ce ne sont pas uniquement les enfants des familles prestataires d'aide sociale qui vivent sous le seuil de la pauvreté. Le document intitulé «Source Document for the Diagnostic of Children and Childhood in Canada» (section de l'enfance et de la jeunesse, le 20 février 1997 / projet) de Santé Canada explique :

«Le revenu pour toutes les catégories de familles au Canada est inférieur aux niveaux de revenus de 1989 ... À présent, les familles ont besoin de deux revenus pour joindre les deux bouts ...(et) le salaire minimum ne s'avère pas un revenu suffisant pour assurer le soutien d'une famille.» (page 9)

«En 1976, un parent seul avec un enfant devait travailler 41 heures par semaine au salaire minimum pour que sa famille vive au-dessus du seuil de faible revenu. En 1993, il fallait 73 heures de travail par semaine pour que cette même famille bénéficie d'un revenu équivalent ou supérieur au seuil de faible revenu.

Le tableau 6 montre les niveaux de revenu des adultes des quatre provinces de l'Atlantique, de l'ensemble de la région de l'Atlantique et du Canada. Il révèle aussi les détails des revenus des hommes et des femmes, lesquels semblent indiquer que, jusqu'à un certain niveau, la pauvreté chez les mères seules ne fait que refléter et intensifier les revenus généralement moins élevés des femmes. Par conséquent, lorsqu'une femme constitue l'unique source de revenu pour sa famille, son revenu est presque toujours plus bas que celui d'un homme soutien de famille biparentale.

Dans la région Atlantique, 28,1 % des adultes ont des revenus inférieurs à 20 000 $. Parmi les hommes, 20 % gagnent moins de 20 000 $; chez les femmes le taux est de 39,6 % pour le même niveau salarial. Pourtant, le revenu moyen dans la région de l'Atlantique est de 32 090 $. Les hommes gagnent un revenu moyen de 36 902 $ et les femmes 25 395 $.

TABLEAU 6 : niveaux de revenu des canadiens adultes (pourcentage)

	Moins de 5 000 $	5 000-9 999 $	10 000-19 999 $	20 000-39 999 $	40 000 et plus	Revenu moyen
Terre-Neuve	Total : 1,3 % M : 1,5 % F : 1,1 %	Total : 4,8 % M : 2,7 % F : 7,4 %	Total: 18,1% M : 11,0 % F : 27,0 %	Total: 49,0 % M : 46,6 % F : 52,0 %	Total : 26,8 % M : 38,3 % F : 12,5 %	Total : 33 538 $ M : 39 300 $ F: 26 384 $
Île-du-Prince-Édouard	Total : 2,6 % M : 2,3 % F : 3,2 %	Total : 6,9 % M : 5,2 % F : 9,3 %	Total: 21,8% M : 18,9 % F : 25,8 %	Total: 48,6 % M : 47,2 % F : 50,4 %	Total : 20,1 % M : 26,3 % F: 11,3 %	Total : 28 292 $ M : 31 186 $ F : 24 111 $
Nouvelle-Écosse	Total : 3,8 % M : 3,3 % F : 4,5 %	Total : 4,6 % M : 2,9 % F : 7,1 %	Total: 19,8% M : 14,7 % F : 27,2 %	Total: 44,4 % M : 45,5 % F : 42,5 %	Total : 27,3 % M : 33,6 % F : 18,6 %	Total : 31 771 $ M : 35 981 $ F: 25 723 $
Nouveau-Brunswick	Total : 1,7 % M : 1,4 % F : 2,1 %	Total : 5,5 % M : 3,7 % F : 8,0 %	Total: 22,5% M : 15,1 % F : 33,2 %	Total: 42,7 % M : 41,6 % F : 44,6 %	Total: 27,5 % M : 38,1 % F : 12,1 %	Total : 32 285 $ M: 37 692 $ F: 24 605 $
Région Atlantique	Total : 2,5 % M : 2,3 % F : 2,9 %	Total : 5,1 % M : 3,3 % F : 7,6 %	Total: 20,5% M : 14,4 % F : 29,1 %	Total: 45,0 % M : 44,4 % F : 45,6 %	Total : 26,9 % M : 35,7 % F : 14,7 %	Total : 32 090 $ M : 36 902 $ F: 25 395 $
Canada	Total : 2,1 % M : 2,2 % F : 2,0 %	Total : 3,7 % M : 2,7 % F : 2,0 %	Total: 15,4% M : 12,1 % F : 20,3 %	Total: 44,2 % M : 39,6 % F : 51,3 %	Total : 34,6 % M : 43,5 % F : 21,3 %	Total: 36 235 $ M : 40 610 $ F: 29 700 $

Source : Statistique Canada, Division des enquêtes-ménages, Gains des hommes et des femmes 1995, janvier 1997, tableau 2, p.34..

Toutefois, ces chiffres démontrent les revenus des particuliers, et non pas nécessairement les revenus familiaux. Aussi, ces données n'indiquent pas la présence d'enfants ou le nombre de personnes à charge.

Les tableaux 7A, B, C et D traitent de la participation au marché du marché du travail en relation avec la composition des familles pour chacune des quatre provinces de l'Atlantique. Les tableaux montrent des données pour tous les types de familles, les familles biparentales et les familles monoparentales. Ils divisent les familles en quatre catégories soit : total; familles avec des enfants âgés de moins de 16 ans; familles avec des enfants d'âge préscolaire; familles n'ayant pas d'enfants d'âge préscolaire mais au moins un enfant âgé entre 6-15 ans.

En raison de la petite taille de l'échantillon, ces tableaux ne démontrent pas les données pour les familles dirigées par une femme dans toutes les provinces. Toutefois, les données présentées indiquent que le taux de participation au marché du travail des femmes chefs de familles monoparentales est moins élevé que chez les familles biparentales. En d'autres termes, le pourcentage des familles monoparentales dirigées par une femme qui ne font pas partie de la population active, ce qui veut dire qu'elles ne cherchent plus d'emploi, est constamment élevé.

Même lorsque ces familles sont à la recherche d'un emploi, elles n'en trouveront probablement pas. Dans la seule province qui comprend ces données, soit la Nouvelle-Écosse, le taux de chômage pour les familles monoparentales se chiffrait à 21,7 % comparativement à 11,5 % pour toutes les familles et 10,1 % pour les familles biparentales.

TABLEAU 7A : situation du marché du travail et la composition des familles, 1996 : nombre et pourcentage
TERRE-NEUVE

TERRE-NEUVE	Population active				Ne font pas partie de la population active	Taux de participation	Taux de chômage	Ratio emploi-population
	Population active totale	Population occupée						
	Nombre(%)	Total de la population occupée	Plein temps	Temps partiel			% (Nombrer)	
•Toutes les familles : -Total -Enfants de moins de 16 ans -Enfants d'âge préscolaire -Pas d'enfants d'âge préscolaire mais au moins un enfant âgé entre 6-15 ans •Familles biparentales : -Total -Enfants de moins de 16 ans -Enfants d'âge préscolaire -Pas d'enfants d'âge préscolaire mais au moins un enfant âgé entre 6-15 ans •Familles monoparentales : -Total -Enfants de moins de 16 ans -Enfants d'âge préscolaire -Pas d'enfants d'âge préscolaire mais au moins un enfant âgé entre 6-15 ans	•Toutes f: -81 (49,0%) -41(59,4%) -16 (57,1%) -25 (60,9%) •Fam. bi-parentales: -72 (51,0%) -36 (60,0%) -14 (58,3%) -22 (61,1%) •Fam. mon: -7 (36,8 %) -4 (50,0 %) ---- ----	•Toutes f: -68 (83,9%) -34 (82,9%) -13 (81,2%) -20 (80,0%) •Fam. bi-parentales: -61 (84,7%) -30 (83,8%) -12 (85,7%) -18 (81,8%) •Fam. mon:: -6 (85,7 %) ---- ---- ----	•Toutes f: -54 (66,7 %) -26 (63,4 %) -11 (68,7 %) -16 (64,0 %) •Fam. bi-parentales: -48 (66,7 %) -24 (66,7 %) -10 (71,4 %) -14 (63,6 %) •Fam. mon: 4 (57,1 %) ---- ---- ----	•Toutes les f: -14 (17,2 %) -7 (17,0 %) ---- -5 (20.0%) •Fam. bi-parentales: -12 (16,7 %) -6 (16,7 %) ---- -4 (18.2%) •Fam. mon: ---- ---- ---- ----	•Toutes f: -68 (50,9%) -34 (42,0%) -13 (42,8%) -20 (39,0%) •Fam. bi-parentales: -69 (48,9%) -23 (38,2%) -10 (41,7%) -14 (38,9%) •Fam. mon: -12 (63,1%) -5 (62,5%) ---- ----	•Toutes les f: -48,9 % -58,9 % -56,5 % -60,5 % •Fam. bi-parentales: -50,8 % -60,9 % -59,9 % -61,6 % •Fam. mon: -35,4 % -43,5 % ---- ----	•Toutes les f. -16,0 % (13) -17,6 % (7) ----- -17,6 % (4) •Fam. bi-parentaies: -15,6 % (11) -16,7 % (6) ---- -17.2% (4) •Fam. mon: ---- ---- ---- ----	•Toutes les f. -41,1 -48,5 -46,5 -49,8 •Fam. bi-parentales: -49,9 -50,7 -50,3 -51,0 •Fam. mon: -29,2 ---- ---- ----

Source : Statistique Canada, Division des enquêtes-ménages, Moyennes annuelles de la population active 1996, février 1997. Tableau 8A.

TABLEAU 7B : situation du marché du travail et de la composition des familles, 1996 : nombre et pourcentage
îLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

îLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	Population active				Ne font pas partie de la population active	Taux de participation	Taux de chômage	Ratio emploi-population
	Population active totale Nombre (%)	Population occupée						
		Total population occupée	Temps plein	Temps partiel			% (Nombre)	
•Toutes les familles : -Total -Enfants de moins de 16 ans -Enfants d'âge préscolaire -Pas d'enfants d'âge préscolaire mais au moins un enfant âgé entre 6-15 ans •Husband & Wife Families : -Total -Enfants de moins de 16 ans -Enfants d'âge préscolaire -Pas d'enfants d'âge préscolaire mais au moins un enfant âgé entre 6-15 ans •Familles monoparentales : -Total -Enfants de moins de 16 ans -Enfants d'âge préscolaire -Pas d'enfants d'âge préscolaire mais au moins un enfant âgé entre 6-15 ans	•Toutes f. : -25 (65,7%) -13 (76,5%) -6 (75,0%) -7 (77,8%) •Fam. bi-parentales : -21 (67,7%) -11 (78,6%) -5 (83,3%) -6 (85,7%) •Fam. mon.: ----- ---- ---- ----	Toutes f: : -21 (84,0%) -11 (84,6%) -5 (83,3%) -6 (85,7%) •Fam. bi-parentales : -18 (75,0%) -9 (81,8%) -4 (80,0%) -5 83,3%) •Fam. mon: ---- ---- ---- ----	•Toutes f.: -16 (64,0%) -8 (61,5%) ---- -5 (71,4%) •Fam. bi-parentales : -14 (66,7 %) -7 (63,6 %) ---- -4 (66,7 %) •Fam. mon. : ---- ---- ---- ----	•Toutes f. : -5 (20,0 %) ---- ---- ---- •Fam. bi-parentales : -4 (19,0 %) ---- ---- ---- •Fam. mon. : ---- ---- ---- ----	•Toutes f. : -13 (34,2%) ---- ---- ---- •Fam. bi-parentales : -10 (32,2%) ---- ---- ---- •Fam. mon: ----- ---- ---- ----	•Toutes f. : -65,5 % -80,4 % -78,3 % -82,2 % •Fam. bi-parentales : -66,7 % -81,3 % -79,6 % -82,8 % •Fam. mon. : ---- ---- ---- ----	•Toutes f. : -15,6 % (4) ---- ---- ---- •Fam. bi-parentales : ---- ---- ---- ---- •Fam. mon. : ---- ---- ---- ----	•Toutes f. : -55,3 -65,8 -62,3 -68,7 •Fam. bi-parentales -56,7 -67,3 -64,6 -69,6 •Fam. mon.:: ---- ---- ---- ----

Source: Statistique Canada, Division des enquêtes-ménages, Moyennes annuelles de la population active 1996, février 1997. Tableau 8A.

TABLEAU 7C : situation du marché du travail et la composition des familles, 1996 : nombre et pourcentage
TERRE-NEUVE

NOUVELLE-ÉCOSSE	Population active				Ne font pas partie de la population active	Taux de participation	Taux de chômage	Ratio emploi-population
	Population active totale	Population active						
	Nombre (%)	Total de la population occupée	Plein temps	Temps partiel				
•Toutes les familles :	•Toutes f. :	•Toutes f. :	•Toutes les f.:	•Toutes f.:	•Toutes les f:	•Toutes f,:	•Toutes les f.:	•Toutes les f :
-Total	153	-135(88,2%)	-100 (65,3 %)	-35 (22,9 %)	-116 (43,1%)	-56,8 %	-11,5 % (18)	-50,3
-Enfants de moins de 16 ans	(56,9%)	-64 (86,5%)	-46 (62,2 %)	-18 (24,3 %)	-33 (30,8 %)	-68,9 %	-13,3 % (10)	-59,7
-Enfants d'âge préscolaire	-74 (69,1%)	-27 (87,1%)	-19 (61,3 %)	-7 (22,6 %)	-17 (35,4 %)	-64,3 %	-14,3 % (4)	-55,1
-Pas d'enfants d'âge préscolaire mais au moins un enfant âgé entre 6-15 ans	-31 (63,3%) -43 (72,8%)	-37 (86,0%)	-27 (62,8 %)	-11 (25,6 %)	-16 (27,1 %)	-72,6 %	-12,6 % (5)	-63,4
		•Fam. bi-parentales :	•Fam bi-parentales :	•Fam. bi-parentales :	•Fam. bi-parentales :	•Fam. bi-parentales :	•Fam bi-parentales :	•Fam. bi-parentales :
•Familles biparentales :	•Fam. bi-parentales :	-118(90,1%)	-86 (65,6 %)	-32 (24,4 %)	-92 (41,2 %)	-58,7 %	-10,1 % (13)	-52,8
-Total	131(72,2%)	-56 (88,9%)	-39 (61,9 %)	-16 (25,4 %)	-25 (28,7 %)	-71,8 %	-10,8 % (7)	-64,0
-Enfants de moins de 16 ans	-63 (72,4%)	-24 (88,9%)	-17 (62,9 %)	-7 (25,9 %)	-13 (32,5 %)	-67,8 %	----	-60,3
-Enfants d'âge préscolaire	-27 (67,5%)	-32 (88,9%)	-22 (61,1 %)	-10 (27,8 %)	-12 (25,5 %)	-75,1 %	-10,6 % (4)	-67,1
-Pas d'enfants d'âge préscolaire mais au moins un enfant âgé entre 6-15 ans	-36 (76,7%)							
		•Fam. mon.:	•Fam. mon. :	•Fam. mon:	•Fam. mon. :	•Fam. mon:	•Fam. mon. :	•Fam. mon.:
•Familles monoparentales :		-13 (81,2 %)	-10 (62,5 %)	----	-21 (56,7 %)	-44,4 %	-21,7 % (4)	-34,8
-Total	•Fam. mon:	-7 (70,0 %)	-5 (50,0 %)	----	-8 (44,4 %)	-54,0 %	----	-38,1
-Enfants de moins de 16 ans	-16 (43,2%)	---	----	----	-4 (50,0 %)	-46,1 %	----	----
-Enfants d'âge préscolaire	-10 (55,5%)	-5 (83,3 %)	----	----	-4 (40,0 %)	-60,1 %	----	-45,1
-Pas d'enfants d'âge préscolaire mais au moins un enfant âgé entre 6-15 ans	-4 (50,0%) -6 (37,5%)							

Source: Statistique Canada, Division des enquêtes-ménages, Moyennes annuelles de la population active 1996, février 1997. Tableau 8A..

TABLEAU 7D : situation du marché du travail et la composition des familles, 1996 : nombre et pourcentage
NOUVEAU-BRUNSWICK

NOUVEAU-BRUNSWICK	Population active				Ne font pas partie de la population active	Taux de participation	Taux de chômage	Ration emploi-population
	Population active totale	Population occupée						
	Nombre (%)	Total de la population occupée	Plein temps	Temps partiel			% (Nombre)	
•Toutes les familles :	•Toutes f. :	•Toutes f. :	•Toutes f. :	•Toutes les f.:	•Toutes f. :	•Toutes f. :	•Toutes les f. :	•Toutes les f. :
-Total	124(56,3%)	-111	-85 (68,5%)	-27 (21,7 %)	-96 (43,6%)	-56,3 %	-10,1 % (13)	-50,6
-Enfants de moins de 16 ans	-60 (67,4%)	(89,5%)	-39 (65,0%)	-14 (23,3 %)	-29 (32,6%)	-67,5 %	-12,0 % (7)	-59,4
-Enfants d'âge préscolaire	-25 (62,5%)	-53 (88,3 %)	-16 (64,0%)	-6 (24,0 %)	-15 (37,5%)	-61,7 %	----	-53,7
-Pas d'enfants d'âge préscolaire mais au moins un enfant âgé entre 6-15 ans	-35 (71,4%)	-21 (84,0 %) -31 (88,5 %)	-23 (65,7%)	-8 (22,8 %)	-14 (28,6%)	-72,1 %	-11,3 % (4)	-64,0
•Familles biparentales :	•Fam. bi-parentales :	•Fam. bi-parentales :	•Fam. bi-parentales :	•Fam. bi-parentales :	•Fam. bi-parentales :	•Fam. bi-parentales :	•Fam. bi-parentales :	•Fam. bi-parentales :
-Total	106(57,6		-72 (67,9%)	-24 (22,6 %)	-78 (42,4%)	-57,5 %	-9,0 % (10)	-52,3
-Enfants de moins de 16 ans	%)	-96 (90,5 %)	-33 (64,7%)	-12 (23,5 %)	-22 (30,1%)	-69,6 %	-9,8 % (5)	-62,8
-Enfants d'âge préscolaire	-51 (69,8%)	-46 (90,1 %)	-15 (68,2%)	-5 (22,7 %)	-11 (33,3%)	-65,5 %	----	-58,8
-Pas d'enfants d'âge préscolaire mais au moins un enfant âgé entre 6-15 ans	-22 (66,7%) -29 (72,5%)	-20 (90,9 %) -26 (89,6 %)	-19 (65,5%)	-7 (24,1 %)	-11 (27,5%)	-73,0 %	----	-66,1
•Familles monoparentales :			•Fam. mon:	•Fam. mon. :	•Fam. mon:	•Fam. mon. :	•Fam. mon. :	•Fam. mon.:
-Total	•Fam. mon:	•Fam. mon:	-8 (61,5 %)	----	-15 (55,6%)	-46,5 %	----	-37,9
-Enfants de moins de 16 ans	-13 (48,1%)	-10 (76,9 %)	-4 (50,0 %)	----	-6 (42,8%)	-54,9 %	----	-41,0
-Enfants d'âge préscolaire	-8 (57,1 %)	-6 (75,0 %)	----	----	-4 66,7%)	----	----	----
-Pas d'enfants d'âge préscolaire mais au moins un enfant âgé entre 6-15 ans	---- -5 (71,4 %)	---- -4 (80,0 %)	-4 (80,0 %)	----	----	-66,2 %	----	-53,2

Source: Statistique Canada, Division des enquêtes-ménages, Moyennes annuelles de la population active 1996, février 1997. Tableau 8A.

Selon le tableau 8, dans les provinces de l'Atlantique, le pourcentage des enfants qui vivent dans des familles ayant un revenu inférieur à 30 000 $ par année est considérablement supérieur à la moyenne nationale.

TABLEAU 8 : répartition des enfants âgées de 0 à 11 ans selon le revenu par ménage et la province, 1994-1995

	Revenu par ménage		
	<30 000 $ (pourcentage)	30 000 $ - 60 000 $ (pourcentage)	>60 000 $ (pourcentage)
Terre-Neuve	41,6 %	38,4 %	20,0 %
Île-du-Prince-Édouard	35,2 %[1]	49,5 %[1]	15,2 %[2]
Nouvelle-Écosse	33,8 %	44,5 %	21,7 %
Nouveau-Brunswick	30,8 %	51,6 %	17,6 %
Canada	25,7 %	41,6 %	32,8 %

Source : «Grandir au Canada : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les adolescents». Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, novembre 1996, page 33.
1 : Estimations moins précises en raison du degré élevé de variabilité de l'échantillon.
2 : Les estimations ne répondent pas aux normes de qualité de Statistique Canada. Les conclusions basées sur ces données ne seront donc pas fiables et probablement nulles.

Les seuils de faible revenu établis par Statistique Canada varient selon la taille de la famille et l'endroit ou elle habite. Par exemple, en 1995, le seuil de faible revenu pour une famille de quatre personnes qui demeurait dans une ville de moins de 500 000 habitants était de 31 364 $. Ce seuil tombait à 21 364 $ si cette même famille habitait une région rurale. Étant donné que ces tableaux ne montrent aucun de ces facteurs, il devient donc difficile de déterminer jusqu'à quel point un enfant de 11 ans issu d'une famille ayant un revenu inférieur à 30 000 $ pourrait être considéré pauvre. Cependant, «Grandir au Canada» a combiné ces facteurs afin de déterminer le pourcentage d'enfants «pauvres» (de moins de 11 ans) dans chaque province.

Le tableau 9 démontre qu'un nombre important d'enfants de moins de 11 ans des provinces de l'Atlantique sont considérés «pauvres», c'est-à-dire qu'ils vivent dans des familles dont le revenu est inférieur au seuil de faible revenu, calculé en fonction de la taille et du lieu de résidences de ces dernières. Seul le Nouveau-Brunswick se trouve sous la moyenne nationale.

TABLEAU 9 : Statistiques par province des enfants âgés de 0 à 11 ans sous la rubrique pauvre ou pas pauvre (1994-1995)

	Pauvres[1]	Pas pauvres
Terre-Neuve	33,1 %	66,9 %
Île-du-Prince-Édouard	25,9 %[2]	74,1 %
Nouvelle-Écosse	26,8 %	73,2 %
Nouvelle-Écosse	23,3 %	76,7 %
Canada	24,6 %	75,4 %

Source : «Grandir au Canada : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes». Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, novembre 1996, page 34.
1 : La pauvreté est mesurée par les seuils de faible revenu établis par Statistique Canada.
2 : Estimations moins précises en raison de la grande variabilité de l'échantillon.

Regroupés ensemble, ces tableaux indiquent que :

- un pourcentage élevé d'enfants des provinces de l'Atlantique vivent dans la pauvreté;
- cette pauvreté est assez profonde, à la fois pour les enfants dont les familles vivent de l'aide sociale et pour ceux provenant des familles de bas salariés;
- les familles monoparentales dirigées par une femme ont des revenus inférieurs, une moins grande participation au marché du travail et un taux de chômage plus élevé.

4. Le taux et l'étendue de la pauvreté chez les enfants autochtones est plus important que chez les enfants en général.

Il est important de remarquer que, même si des données précises pour les provinces de l'Atlantique n'étaient pas disponibles, le taux et l'étendue de la pauvreté chez les enfants autochtones est beaucoup plus important que chez les enfants en général. Le Forum national sur la santé, l'Institut canadien de la santé infantile, l'Association canadienne de santé publique et l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les adolescents mentionnent les difficultés auxquelles les enfants autochtones doivent faire face. L'Institut canadien de santé infantile indique dans son projet intitulé «La santé des enfants du Canada» :

«Nous ne connaissons pas le taux exact de pauvreté chez les enfants autochtones. Cependant, ce que nous savons, c'est qu'une proportion élevée d'enfants autochtones vivent sous le seuil de la pauvreté et que certains vivent dans des conditions difficiles à imaginer pour de nombreux canadiens. Ainsi, un grand nombre d'enfants autochtones du Canada ont des conditions de vie semblables à celles des enfants du tiers monde.» (page 140)

Les participants au «Cross-Country Consultation on a National Vision and Goals for Child and Youth Health in Canada» ont continuellement fait part de leurs préoccupations en ce qui a trait aux besoins pressants des enfants autochtones :

«Chaque atelier s'est penché sur les conditions déplorables dans lesquelles vivent les familles autochtones. Même si les autochtones n'ont pas tous des conditions de vie identiques, la plupart des enfants et des adolescents ne peuvent combler leur besoins de base et ne possèdent pas les éléments nécessaires à une croissance et un développement optimaux. Offrir le soutien et procurer les ressources nécessaires pour affronter ces problèmes doit prévaloir.» (page 11)

L'Enquête longitudinale sur les enfants et les jeunes révèle que la santé des enfants autochtones est devenue une préoccupation majeure, car les enfants constituent une proportion beaucoup plus élevée de la population des communautés autochtones que dans les autres communautés canadiennes. Selon le recensement de 1991, les enfants âgés de moins de 15 ans représentait 37 % de la population autochtone, comparativement à 21 % pour la population canadienne totale.

(ICSI, page 135)

Parmi les 361 670 enfants autochtones qui vivent au Canada :

- 1,3 % vivent à Terre-Neuve et au Labrador
- 2,2 % vivent en Nouvelle-Écosse
- 1,2 % vivent au Nouveau-Brunswick
- 0,2 % vivent à l'Île-du-Prince-Édouard (ICSI, page 134)

Les enfants autochtones constituent un proportion assez minime de tous les enfants qui habitent les provinces de l'Atlantique. Ainsi, dans l'ensemble du Canada, 6,4 % des enfants sont autochtones, et ce pourcentage est moins élevé dans la région de l'Atlantique :

- 3,8 % de tous les enfants habitant Terre-Neuve et le Labrador sont autochtones
- 4,2 % en Nouvelle-Écosse
- 2,9 % au Nouveau-Brunswick
- 2,5 % à l'Île-du-Prince-Édouard (ICSI, page 133)

Même si une proportion relativement faible des enfants autochtones du Canada habitent les provinces de l'Atlantique, et qu'un nombre réduit d'enfants qui vivent dans les provinces de l'Atlantique sont autochtones, leur nombre augmente toujours et leurs besoins sont pressants. En effet, le taux de natalité chez les femmes indiennes et inuit est deux fois plus élevé que celui des femmes de la population canadienne en général. (ICSI, page 136)

Le tableau 10 démontre que les autochtones adultes ont des revenus très bas : plus de la moitié d'entre eux gagnent moins de 10 000 $ par année. Cette situation est d'autant plus frappante lorsqu'on compare les revenus de ces derniers avec ceux des canadiens non autochtones, tel qu'illustré dans le tableau 6 selon lequel 7,6 % des adultes de la région de l'Atlantique ont un revenu inférieur à 10 000 $ par année. Quoique cette information ne reflète pas le nombre d'enfants faisant partie des mêmes ménages que ces adultes à faible revenu, il est évident que la pauvreté à laquelle les autochtones doivent faire face est plus grande que pour l'ensemble de la population.

TABLEAU 10 : niveaux de revenu des adultes s'identifiant comme autochtones, 1991 (pourcentage)

	Aucun revenu	Moins de 2 000 $	2 000 - 9 000$	10 000 - 19 999 $	20 000 - 39 999 $	40 000 $ et plus
Terre-Neuve						
•Total	•18,3 %	•8,3 %	•27,3 %	•21,3 %	•16,8 %	•4,2 %
•Hors réserve	•24,6 %	•9,2 %[1]	•31,1 %	•18,9 %	•16,7 %	•3,3 %[1]
Î.-P.É.						
•Total	•13,6 %[1]	-----	•36,9 %[1]	•27,4 %[1]	•13,6 %	------
•Hors réserve		-----	-----	-----	-----	-----
N.-É.						
•Total	•18,4 %	•6.8%	•37.8%	•20.7%	•13.7%	•2.4%[1]
•Hors réserve	•18,8	•9.3%[1]	•25.7%	•20.2%[1]	•20.2%[1]	-----
NB						
•Total	•15,8 %	•8,1 %	•40,0 %	•20,8 %	•11,9 %	•2,9 %[1]
•Hors réserve	•19,0 %[1]	•13,6 %[1]	•30,6 %[1]	•17,3 %[1]	•12,1 %[1]	-----
Canada						
•Total	•13,2 %	•11,9 %	•28,9 %	•22,7 %	•17,8 %	•5,0 %
•Hors réserve	•14,0 %	•9,9 %	•26,4 %	•22,6 %	•22,3 %	•6,6 %

Source : enquête auprès des peuples autochtones, 1991 : scolarité, travail et activités connexes, revenu, dépenses et mobilité : tableau 4,1, page 134 (total); tableau 4,3, page 142 (hors réserve).
1. Estimations moins précises en raison du degré élevé de variabilité de l'échantillon.

Le tableau 11 montre le pourcentage de la population autochtone adulte entière et de celle qui habite en dehors des réserves, dont le revenu provient d'un emploi et ceux qui reçoivent de l'aide sociale. Encore une fois, si l'on compare à l'ensemble de la population, les autochtones sont moins susceptibles de décrocher un emploi et, par conséquent, risquent davantage de devenir prestataires d'aide sociale.

Selon le *recensement de 1996 : données sur les autochtones*, «32 % des enfants autochtones âgés de moins de 15 ans vivent dans une famille monoparentale, soit un pourcentage deux fois plus élevé que chez la population en général» (The Daily, le 13 janvier 1998, page 5). Le fait qu'un enfant issu d'une famille monoparentale dirigée par une femme risque davantage d'être pauvre et que le taux et l'ampleur de la pauvreté chez les autochtones soit élevé, indique que le grand nombre d'enfants vivant dans ces familles constitue une source de préoccupation pressante.

Le tableau 12 démontre que ce niveau de pauvreté a des répercussions directes sur l'état de santé.

Selon les données de l'Enquête auprès des populations autochtones, Statistique Canada a préparé un profil de santé sur les enfants autochtones (avril 1994). Ce profil indique que les enfants autochtones ont davantage de problèmes de santé que les autres enfants canadiens.

TABLEAU 11 : autochtones adultes avec un revenu provenant d'un emploi ou de l'aide sociale (pourcentage)

	Pourcentage ayant revenu d'emploi		Niveau du revenu provenant d'un emploi			Pourcentage qui reçoivent de l'aide sociale (excluant l'allocation familiale et le crédit d'impôt pour enfants		Durée des prestations d'aide sociale		
	Total	Hors réserve		Total	Hors réserve	Total	Hors réserve		Total	Hors réserve
Terre-Neuve	68,1%	55,6 %	•Moins de 2 000 $: •2 000-9,999 $: •10 000-19 999 $: •20 000-39 999 $: •40 000 $ et plus	•15,9 % •46,5 % •15,2 % •17,7 % •4,8 %	•14,5 %* •45,2 % •16,6 %* •20,1 % • -------	13,5 %	17,9 %	•1 - 6 mois : •7 -12 mois : •N[bre] de mois non précisé:	•45,8 % •48,8 % •-----	•32,8%* •56,2%* • -------
Île-du-Prince-Édouard	69,8%	71,1 %	•Moins de 2 000 $: •2 000-9 999 $: •10 000-19 999 $: •20 000-39 999 $: •40 000 $ et plus :	•35,2* •45,1%* • ----- •13,7%* • ----	• ------- • ------- • ------- • ------- • -------	43,8 %	• -------	•1 - 6 mois : •7 -12 mois : •N[bre] de mois non précisé:	•28,1%* •50 %* •18,7%*	• ------- • ------- • -------
Nouvelle-Écosse	46,5%	64,1 %	•Moins de 2 000 $: •2 000-9 999 $: •10 000-19 999 $: •20 000-39 999 $: •40 000 $ et plus :	•16,4 % •30,6 % •25,3 % •23,6 % •4,2 %*	•13,8 %* •27,9 %* •22,0 %* •29,3 %* • -------	41,5 %	11,3 %*	•1 - 6 mois : •7 -12 mois : •N[bre] de mois non précisé:	•15,6 % •83,6 % •----	• ------- •64,4%* • -------
Nouveau-Brunswick	49,9%	59,0 %	•Moins de 2 000 $: •2 000-9 999 $: •10 000-19 999 $: •20 000-39 999 $: •40 000 $ et plus ::	•18,9 % •30,4 % •22,7 % •22,3 % •5,3 %*	•27,5 %* •28,1% * • ------- •20,0 %* • -------	38,9 %	19,9%*	•1 - 6 mois : •7 -12 mois : •N[bre] de mois non précisé:	•9,6%* •85,7% •6,4 %*	• ------- •64,8%* • -------

Canada	59,6%	63,4 %	•Moins de 2000 $: •2 000-9 999 $: •10 000-19 999 $: •20 000-39 999 $: •40 000 $ et plus :	•16,7 % •30,1 % •21,1 % •24,4 % •7,5 %	•16,0 % •28,2 % •19,9 % •26,5 % •9,2 %	28,5 %	24,7 %	•1 - 6 mois : •7 -12 mois : •N^bre de mois non précisé:

Source: Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 1991 : scolarité, travail et activités connexes, revenu, dépenses et mobilité : tableau 4,1, page 134 (total); tableau 4,3, page 142 (hors réserve) Estimations moins précises en raison du degré élevé de variabilité de l'échantillon.

TABLEAU 12 : pourcentage des enfants autochtones ayant des problèmes spécifiques de santé

	Enfants autochtones de moins de 15 ans (Nombre total : 236 810)	**Enfants autochtones de moins de 15 ans (Nombre total : 5 577 900)**
Souffrent d'un problème chronique de santé (excluant les allergies, l'asthme et la bronchite)	9, 7 % (22 975)	3,9 % (218 850)
Ont une maladie de coeur ou des problèmes cardiaques	1,8 % (4 345)	0,5 % (29 600)
Ont une déficience intellectuelle, des difficultés d'apprentissage et/ou des problèmes de comportement ou des troubles émotionnels	5,1 % (11 995)	2,2 % (124 490)
Ont besoin d'appareils spécialisés, tels des prothèses auditives, des chaises roulantes, des chaussures prescrites à des fins médicales	3,3 % (7 800)	1,2 % (68 765)
Ont des problèmes visuels ne pouvant être corrigés par des verres ou des lentilles cornéennes	3,0 % (7 105)	0,5 % (30 245)
Ont des problèmes d'audition	3,1 % (7 225)	0,9 % (50 550)
Souffrent de problèmes d'élocution et ont de la difficulté à se faire comprendre en raison d'un problème de santé	3,1 % (7 390)	1,4 % (78 235)

Source : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones 1991. Profil de santé des enfants autochtones (moins de 15 ans) : Canada, provinces et territoires, avril 1994.

5. Il existe peu d'information statistique disponibles sur les enfants noirs et ceux provenant de minorités visibles.

Étant donné la façon dont les statistiques sont recueillies au Canada, il est très difficile de déterminer le nombre d'enfants noirs et de minorités visibles qui vivent au Canada Atlantique, ou de trouver de l'information sur le niveau de revenu de leur famille. Les renseignements pour ces groupes font partie des statistiques démographiques totales.

Des renseignments non publiés faisant partie du processus de révision du rapport national intitulé Y'A PERSONNE DE PARFAIT constituent les seules données disponibles sur la proportion des minorités visibles chez la population en général. En se basant sur le Recensement de 1986, cette analyse a divisé la population dans des grands groupes selon les origines ethniques. Voici ces groupes :

Blancs :	d'origine britannique
	d'origine française
	originaires de l'Europe de l'Ouest
	originaires de l'Europe du Nord
	originaires de l'Europe de l'Est
	originaires de l'Europe du Sud
	d'autres origines (américaine, australienne, néo-zélandaise, etc.)
Noirs :	originaires des Caraïbes
	d'origine noire
	d'autres origines africaines
Asiatiques :	originaires de l'Asie de l'est et du sud-est
	d'origine indochinoise
Autochtones :	d'origine autochtone
Autres groupes ethniques :	autres origines européennes (basque, tsigane, juive)
	originaires de l'Asie occidentale (afghans, arméniens, iraniens, etc.)
	originaires des Îles du Pacifique
	originaires de l'Asie du sud (panjabis, cinghalais, tamouls, bangladeshi, etc.)
	d'origine latino-américaine, centraméricaine et sud-américaine
	d'autres origines multiples

En utilisant ces grandes catégories, une évaluation approximative (tableau 13) a été effectuée

avec les pourcentages des minorités visibles de la population canadienne.

TABLEAU 13 : répartition de la population canadienne selon les origines ethniques (Recensement de 1986)

Population canadienne totale	26 944 045
Origine caucasienne •Nombre •Pourcentage	 •23 390 870 •86,6 %
Origine noire •Nombre •Pourcentage	 •345 445 •1,2 %
Origine asiatique •Nombre •Pourcentage	 •961 225 •3,6 %
Origine autochtone •Nombre •Pourcentage	 •470 615 •1,7 %
Autres origines ethniques •Nombre •Pourcentage	 •1 834 805 •6,8 %

Ces proportions sont loin d'être rigoureuses et varieront pour la région de l'Atlantique, en général et pour chaque province individuellement. De plus, ces chiffres ne font pas la distinction entre les enfants des minorités visibles nés au Canada, par exemple ceux de la communauté noire indigène de la Nouvelle-Écosse, et ceux provenant d'autres pays et qui ont immigré au Canada, ou les enfants nés au Canada mais dont les parents sont de nouveaux arrivants. Puisque chacun de ces groupes ont des besoins distincts et très différents, il faut déployer un effort pour brosser un tableau détaillé de la situation de ces enfants.

6. Le peu d'information disponible sur les jeunes marginaux indiquent qu'ils sont de plus en plus nombreux et leurs besoins pressants.

Selon le rapport intitulé «Key Findings about Vulnerable Groups: Your Health» du Forum national sur la santé, les adolescents du Canada ont besoin de l'aide immédiate. Les tableaux des pages précédentes de ce profil comprennent les enfants âgées de 18 ans ou moins, et comme c'est le cas avec tous les enfants, la pauvreté rend les adolescents plus vulnérables aux problèmes de santé et sociaux. Cependant, ce ne sont pas tous les adolescents qui vivent avec leur famille. Le Forum national sur la santé indique plus loin que :

«Les jeunes constituent le segment de la population dont le nombre augmente le plus rapidement; les fugueurs et les jeunes de la rue forment une proportion importante de ce groupe. (Par fugueurs et jeunes de la rue, on entend des adolescents qui passent beaucoup de temps dans la rue, qui vivent dans des conditions marginales ou précaires et qui prennent largement part à des activités liées à ce mode de vie.) La plupart des adolescents quittent leur domicile à cause d'un conflit, de la violence physique, sexuelle ou psychologique. Les jeunes de la rue ont des ressources et des habiletés différentes pour surmonter les obstacles de la vie. Ceux qui deviennent peu à peu endurcis participent à des activités risquées, vivent des situation marginales et sont plus vulnérables aux problèmes de santé physique et mentale.» (page 2)

Même si ces jeunes marginaux forment un groupe hétérogène et proviennent de familles à revenu variés, il est raisonnable d'avancer que ces adolescents sont pauvres, au moins lorsqu'ils vivent dans la rue.

On n'a pu trouver des statistiques précises quant au nombre de jeunes marginaux dans les provinces de l'Atlantique, même si le rapport intitulé «Youth in the 90s» (1993) de la Nouvelle-Écosse indiquait qu'en 1991, 2 380 jeunes Néo-écossais âgé de 15 à 19 ans ne vivaient pas avec leurs parents ou d'autres proches. Parmi ces jeunes, 275 vivaient seuls.

En tant que groupe, les jeunes marginaux sont itinérants et difficiles à compter, car ils doivent déménager souvent. Certains gardent un lien mince avec leur domicile et leur famille, alors que d'autres ne gardent aucun contact et vivent dans la rue. Selon le Phoenix Centre for Youth de Halifax , un centre qui permet aux jeunes sans abri de sortir de la rue, le nombre de jeunes sans abri augmente toujours. Ainsi, entre 1995 et novembre 1997, le nombre de clients avec lesquels ils travaillent a augmenté de 116 %.

Les renseignements obtenus par le Teen Health Centre (centre de santé pour les adolescents), situé dans le J.L. Isley High School, indiquent que le nombre de jeunes marginaux augmente.

Toutefois, ces renseignements démontrent qu'au moins, ces adolescents font un effort spécial pour continuer à fréquenter l'école. Jim Anderson, de Santé Canada qui a remarqué lors d'une étude effectuée à l'été 1993 auprès des jeunes de la rue de Halifax que 30 % de ces jeunes avaient fréquenté l'école durant la dernière année, appuie cette hypothèse. Le Teen Health Centre a également noté que parmi les sans-abri on compte un nombre relativement élevé d'homosexuels.

Comme c'est le cas avec les enfants autochtones, les problèmes des adolescents autochtones sont aggravés par les niveaux élevés de pauvreté dans leurs familles et leurs communautés. Par exemple, les jeunes autochtones courent un risque particulièrement plus élevé de suicide que les adolescents en tant que groupe. (Scott, 1996, page 49)

PARTIE 2 :
UNE ANALYSE DES PROGRAMMES ET DES INITIATIVES AXÉS SUR LA PAUVRETÉ INFANTILE DANS LA RÉGION DE L'ATLANTIQUE

Contexte

Cette analyse a été effectué en novembre et au début décembre 1997. Quatre entrepreneurs, soit un dans chaque province de l'Atlantique, ont été embauchés pour six jours afin de joindre autant d'organismes, d'agences ou de groupes traitant des questions sur la pauvreté qu'ils le pouvaient. Une série de questions qui ont servi de pilier à une base de données a été établie et vérifiée.

Limites

Nous reconnaissons que les organismes joints dans le cadre de l'analyse du contexte et inclus dans la base de données ne constituent pas une liste exhaustive de tous les efforts déployés pour faire face à la pauvreté chez les enfants aux niveaux provincial, régional et local. Il s'agit tout simplement des contacts que les experts-conseils ont pu établir dans le délai accordé en utilisant les réseaux auxquels ils avaient accès à l'intérieur de leur province.

Résultats de l'analyse

Au moment de l'analyse (le 17 janvier 1998), 129 entrées ont été introduites dans la base de données. Le tableau 13 les résume.

TABLEAU 13 : nombre d'entrées introduites dans la base de données

	Nombre d'entrées	Entrées complétées	Incomplètes
Terre-Neuve	38	37	1
Nouveau-Brunswick	17	16	1
Nouvelle-Écosse	48	20	28
Île-du-Prince-Édouard	26	25	1
Région de l'Atlantique	129	98	31

Pour les besoins de cette discussion, une entrée est dite «complétée» lorsque la plupart des questions sur cette dernière ont été répondues. Par «entrée incomplète», on entend une entrée qui comprend seulement le nom et l'adresse d'une personne-ressource. Les entrées incomplètes sont principalement représentées par des organismes qui, pour une raison ou une autre, n'ont pas été en mesure de répondre aux questions de l'analyse durant le bref délai accordé. Ces organismes font toutefois partie de la base de données afin de fournir à Santé Canada autant de noms et de relations que possible pour les améliorations futures de la base de données et de tout travail concernant le domaine de la pauvreté chez les enfants. Cependant, cette discussion fait uniquement référence aux analyses complétées.

La série de questions utilisées lors de l'analyse sont incluses dans l'annexe1. Des renseignements supplémentaires concernant la base de données sont disponibles par l'entremise du Population Health Fund, Direction de la promotion et des programmes de santé de la région de l'Atlantique.

De l'information choisie et provenant des relations de chaque province est résumée dans les quatre tableaux inclus dans l'annexe 2, soit : 2A Terre-Neuve; 2B, Nouveau-Brunswick; 2C, Nouvelle-Écosse; et 2D, l'Île-du-Prince-Édouard. Veuillez noter que tous les répondants n'ont pas répondu à toutes les questions et que bon nombre de questions pouvaient avoir des réponses variées.

Tous les organismes contactés dans chaque province (y compris ceux qui avaient été contactés, mais qui n'ont pas rempli le questionnaire) sont listés sous la rubrique intitulée «Numéro de touche de l'organisme» dans le tableau sommaire de chaque province. (Annexe 2). Cette liste

démontre l'écart dans la répartition des organismes joints au cours de l'analyse. L'écart le plus évident se trouve à Terre-Neuve : 31 des 38 organismes contactés étaient situés à St. John's.

Au Nouveau-Brunswick, ils étaient répartis de la façon suivante : 5 à Moncton, 4 à Bathurst, 3 à Saint John. Un seul organisme a été contacté dans chacune de trois autres communautés. Cependant, il n'y avait aucune entrée de Fredericton.

En Nouvelle-Écosse, des 48 organismes joints, seulement 20 ont rempli le questionnaire. Plus de la moitié des 20 répondants étaient situés dans la région de Halifax/Dartmouth : 12 à Halifax et 2 à Dartmouth. Deux organismes se trouvaient à Bridgewater et les quatre autres étaient situés à Antigonish, East Preston, Truro et Sydney. Quant aux 28 organismes qui avaient été contactés mais qui n'avaient pas rempli le questionnaire, ils étaient répartis partout dans la province; trois seulement étaient situés à Halifax/Dartmouth.

Les organismes semblaient répartis assez uniformément à l'Île-du-Prince-Édouard : 9 à Charlottetown, 4 à Montague, 2 à Souris, 2 à Lennox Island et 2 à O'Leary. Un organisme se trouvait dans chacune des localités suivantes : Summerside, Wellington, Bloomfield et Slemon Park.

À ce moment, nous ignorons jusqu'à quel point les organismes contactés représentent la répartition de tous les organismes à l'intérieur de chaque province. Nous reconnaissons toujours qu'un écart existe et nous espérons qu'une fois la base de données mise en place et améliorée, nous pourrons tirer au clair la situation.

L'annexe 2 comprend toutes les données recueillies de chaque relation et les classe dans les 7 catégories suivantes :

- La nature de l'initiative
- La population cible principale
- L'âge du groupe cible
- L'initiative répond-elle principalement ou exclusivement aux besoins d'un groupe particulier ?
- La durée de l'initiative
- Les facteurs déterminants de la santé traités
- Les approches

La nature de l'initiative

L'objectif de cette question était de déterminer si une initiative donnée consistait en un programme, une politique ou un projet ou document de recherche. Dans toutes les provinces, les initiatives étaient en grande partie des programmes dont la plupart indiquaient que les organismes contactés offraient une forme quelconque de service aux gens de leur collectivité. Le tableau 14 résume cette information.

TABLEAU 14 : nature des initiatives prises par les organismes contactés lors de l'analyse du contexte

	T.-N. : 37 complétées		N.-B. : 16 complétées		N.-É. : 20 complétées		Î.-P.-É. : 25 complétées	
	N^bre	*Rang*	N^bre.	*Rang*	N^bre	*Rang*	N^bre	*Rang*
Programme	34	*1*	11	*1*	16	*1*	25	*1*
Politique	5	*3*	2	*2*	7	*2*	1	*2*
Projet ou document de recherche	8	*2*	1	*3*	3	*3*	1	*2*

La population cible principale

Dans toutes les provinces, les jeunes et les adolescents ont été désignés comme population cible principale lors de la discussion sur les initiatives. Cependant, les provinces ne s'entendaient pas à l'unanimité sur le deuxième groupe cible : ainsi, à Terre-Neuve, l'entière communauté géographique a obtenu la deuxième place, en Nouvelle-Écosse à l'Île-du-Prince-Édouard, c'était les «familles», et au Nouveau-Brunswick, «les femmes» et «les adultes» étaient à égalité.

TABLEAU 15 : groupe cible principal choisi par les organismes contactés lors de l'analyse

	T.-N. : 37 complétées		N.-B : 16 complétées		N.-É. : 20 complétées		Î.-P.-É. : 25 complétées	
	N^bre	*Rang*	N^bre	*Rang*	N^bre	*Rang*	N^bre	*Rang*
Communauté géographique entière	11	*2*	5	*4*	2	*5*	6	*3*
Enfants et adolescents	22	*1*	10	*1*	9	*1*	16	*1*
Adultes	7	*4*	6	*2*	0	*7*	5	*5*
Femmes •Adolescentes-mères	3	*6*	6	*2*	3	*4*	5 •1	*4*
Aînés	0	*7*	0	*6*	1	*6*	0	*7*
Familles	8	*3*	3	*5*	6	*2*	8	*2*
Autres (Total) : •Locataires de logements subventionnés •Nation Innu •Communauté autochtones •Personnes pauvres •Victimes de violence familiale •Jeunes âgés entre et 24 ans •Familles pauvres •Personne présentant une déficience intellectuelle	4 •1 •2 •1	*5*	0	*6*	5 •1 •2 •1 •1	*3*	4 •2 •1 •1	*6*

Âges du groupe cible

Les âges du groupe cible étaient distribués assez uniformément parmi les trois groupes identifiés par Santé Canada : 0-6, 7-12, et 13-18 ans. Toutefois, dans toutes les provinces, la catégorie «autre» était la plus utilisée, le groupe «tous les âges» comprenant le plus grand nombre de personnes et une grande variété de sous-groupes spécifiés.

Les sous-groupes mentionnés par les programmes englobaient parfois plus d'un des groupes de Santé Canada (p. ex. 12-16); faisaient parfois partie d'un groupe (p. ex. 3-4); et d'autre fois dépassaient la limite d'âge mais qui comprenaient tout de même des âges compris dans le groupe cible (16-24). Cette situation a mené à un manque de constance dans les réponses. Ainsi, certains organismes identifiaient le groupe d'âge le plus proche de leur cible, alors que d'autres cochaient autre et certains cochaient les deux. Toutefois, un écart marqué entre les âges cibles semblait indiquer qu'une flexibilité considérable s'avère essentielle pour définir les âges cibles. L'âge des groupes cible est démontré dans le tableau 16.

TABLEAU 16 : Groupes d'âge cible examinés par les organismes contactés lors de l'analyse

	T.-N. : 37 complétées		N.-B. : 16 complétées		N.-É. : 20 complétées		Î.-P.-É. : 25 complétées	
	N^bre	*Rang*	N^bre	*Rang*	N^bre	*Rang*	N^bre	*Rang*
0-6	17	*2*	5	*2*	8	*2*	3	*4*
7-12	14	*3*	3	*4*	6	*3*	5	*2*
13-18	14	*3*	4	*3*	3	*4*	5	*2*
Autre	23	*1*	10	*1*	12	*1*	17	*1*
•Tous les âges	•13		•9		•6		•6	
•Femmes et enfants maltraités	•1						•2	
•3-4	•1							
•5-18	•1							
•6-11	•1							
•6-16	•1							
•12-16	•2							
•14-21	•1							
•16-21	•1							
•16 et plus	•1							
•15-24			•1					
•Femmes et enfants					•2			
•Parents					•4		•1	
•Années de scolarité 1-3					•1 •1		•1	
•16-24							•1	
•Femmes, tout âge							•1	
•Familles pauvres							•1	
•13 et plus							•1	
•13-21							•1	
•16-29							•2	
•18-24								

Est-ce que l'initiative aborde principalement ou exclusivement les besoins d'un groupe en particulier ?

Une confusion considérable entourait cette question. Par conséquent, les initiatives comprises dans cette catégorie se sont limitées à celles axées sur les besoins d'une minorité visible en particulier. Elles consistaient principalement en des initiatives autochtones : quatre à Terre-Neuve, une au Nouveau-Brunswick, quatre en Nouvelle-Écosse et deux à l'Île-du-Prince-Édouard. Deux initiatives se penchant sur les besoins de la communauté noire ont été identifiées en Nouvelle-Écosse, mais elles étaient toutes deux fondées sur une politique et n'offraient pas de programmes particuliers destinés aux enfants et aux jeunes. Les répondants de l'Île-du-Prince-Édouard considéraient les enfants et les jeunes «présentant une déficience intellectuelle» comme une minorité visible et les ont donc inclus dans cette catégorie.

Un bon nombre de répondants ont indiqué qu'ils encourageaient la participation des minorités visibles, mais que celles-ci étaient relativement peu nombreuses dans leur communauté et qu'elles n'avaient pas eu l'occasion d'élaborer des programmes déterminés.

TABLEAU 17 : organismes qui s'occupent principalement ou exclusivement des besoins d'un groupe particulier contacté lors de l'analyse de contexte

	T.-N. : 37 complétées	N.-B. : 16 complétées	N.-É. : 20 complétées	Î.-P.-É. : 25 complétées
	N^bre	N^bre	N^bre	N^bre
Autochtones	4	1	3	2
Noirs	----	----	2	----
Minorité visible •Déficient intellectuellement	----	----	----	•2

Durée de l'initiative

Cette question visait à déterminer durant combien de temps après la tenue de l'analyse (décembre 1997) les initiatives devraient être en opération. «Plus de cinq ans ou en permanence», voilà la réponse qui a le plus souvent été donnée. Cette réponse semble indiquer que les organismes s'occupant des questions relatives à la pauvreté reconnaissent la nature profonde de celle-ci et sont prêts à faire des efforts continus pour aider la cause.

TABLEAU 18 : durée des initiatives prises par les organismes contactés lors de l'analyse de contexte

	T.-N. : 37 complétées	N.-B. : 16 complétées	N.-É. : 20 complétées	Î.-P.-É. : 25 complétées
	N^{bre}	N^{bre}	N^{bre}	N^{bre}
6 mois ou moins	----	----	----	2
6 mois - 2 ans	2	2	----	----
2-5 ans	4	2	1	7
Plus de 5 ans ou permanent	26	12	14	13

Facteurs déterminants de la santé traités

Les résultats obtenus indiquent que les groupes et organismes communautaires saisissent clairement le lien qui existe entre les facteurs déterminants de la santé : de nombreux répondants ont affirmé que presque tous les facteurs déterminants étaient traités dans leur initiative. Le tableau 19 résume et classe ces réponses.

TABLEAU 19 : facteurs déterminants de la santé traités par les organismes concernés lors de l'analyse de contexte

	T.-N. : 37 complétées		N.-B. : 16 complétées		N.-É. : 20 complétées		Î.-P.-É. : 25 complétées	
	N^bre	*Rang*	N^bre	*Rang*	N^bre	*Rang*	N^bre	*Rang*
Revenu et statut social	30	*2*	13	*5*	10	*3*	25	*1*
Réseaux de soutien social	29	*3*	14	*1*	11	*2*	24	*2*
Éducation	27	*4*	14	*1*	12	*1*	24	*2*
Emploi / conditions de travail	22	*7*	10	*7*	8	*5*	22	*6*
Environnement social	26	*5*	14	*1*	8	*5*	23	*5*
Environnement physique	8	*12*	8	*9*	5	*11*	18	*10*
Habitudes d'hygiène personnelle / habiletés d'adaptation	33	*1*	14	*1*	8	*5*	24	*2*
Développement sain de l'enfant	24	*6*	12	*6*	10	*3*	22	*6*
Antécédents biologiques et génétiques	12	*9*	5	*11*	1	*12*	11	*12*
Services de santé	9	*11*	9	*8*	6	*10*	19	*9*
Sexe	16	*8*	8	*9*	8	*5*	18	*10*
Culture	12	*9*	4	*12*	7	*9*	20	*8*

Les provinces s'entendent généralement sur les facteurs déterminants.

Les trois plus importants pour chaque province étaient :

- Terre-Neuve :
  1. Habitudes d'hygiène personnelle et habiletés d'adaptation (33 des 37 répondants)
  2. Revenu et statut social (30)
  3. Réseaux de soutien social (29)

- Nouveau-Brunswick : Quatre facteurs sont à égalité :
  1. Habitudes d'hygiène personnelle et habiletés d'adaptation (14 des 16 répondants)
  1. Réseaux de soutien social (14)
  1. Éducation (14)

1. Environnement social (14)

- Nouvelle-Écosse :
  1. Éducation (12 des 20 répondants)
  2. Réseaux de soutien social (11)
  3. Revenu et statut social (10)

- Île-du-Prince-Édouard :
  1. Revenu et statut social (25 des 25 répondants)
  2. Réseaux de soutien social (24)
  2. Éducation (24)
  2. Habitudes d'hygiène personnelle et habiletés d'adaptation (24)

Quatre facteurs déterminants, soit le revenu et le statut social, les réseaux de soutien social, l'éducation et les habitudes d'hygiène personnelle et habiletés d'adaptation, occupaient les trois premières places dans toutes les provinces. Cette situation semble indiquer qu'en plus de reconnaître la relation de ces facteurs, il existe une certaine entente sur ceux choisis par les organismes lorsqu'ils veulent agir sur la pauvreté auprès des enfants.

Approches

Cette question se penchait sur la façon dont les initiatives effectuaient leur travail. Les répondants devaient choisir trois approches parmi une liste de neuf, y compris une dans la catégorie intitulée «autre». Les résultats étaient résumés au tableau 20.

TABLE 20: Approches adoptées par les organismes concernés durant l'analyse du contexte

	T.-N. : 37 complétées		N.-B. : 16 complétées		N.-É. : 20 complétées		Î.-P.-É. : 25 complétées	
	N^bre	*Rang*	N^bre	*Rang*	N^bre	*Rang*	N^bre	*Rang*
Sensibilisation culturelle	4	*5*	0	*6*	2	*5*	3	*7*
Développement économique	2	*7*	3	*5*	0	*8*	8	*3*
Éducation	17	*3*	7	*3*	9	*1*	17	*2*
Développement communautaire général	12	*4*	6	*4*	4	*4*	4	*5*
Développement organisationnel	0	*8*	0	*6*	0	*8*	0	*9*
Recherche	3	*6*	0	*6*	1	*6*	2	*8*
Initiative personnelle	23	*2*	11	*1*	9	*1*	8	*3*
Soutien social	32	*1*	9	*2*	9	*1*	19	*1*
Autre (Total): •Défense •Lobbying •Renforcement de la famille •Services de santé	0	*8*	0	*6*	1 •1	*6*	4 •1 •1 •1 •1	*5*

Encore une fois, les provinces avaient les mêmes priorités. Voici les trois premiers choix, par province :

Terre-Neuve :
1. Soutien social (32 des 37 répondants)
2. Initiative personnelle (23)
3. Éducation (17)

Nouveau-Brunswick :
1. Initiative personnelle (11 des 16 répondants)
2. Soutien social (9)
3. Éducation (7)

Nouvelle-Écosse :
1. Éducation (9 des 20 répondants)
1. Initiative personnelle (9)
1. Soutien social (9)

Île-du-Prince-Édouard :
1. Soutien social (19 des 25 répondants)
2. Éducation (17)
3. Initiative personnelle (8)
3. Développement économique (8)

Résumé

L'analyse d'une partie de l'information recueillie lors de l'analyse de contexte donne un aperçu préliminaire des types d'initiatives abordées au Canada Atlantique et les types d'organismes qui les élaborent.

Les groupes communautaires préfèrent généralement se pencher sur la pauvreté infantile par des moyens concrets tels des programmes, plutôt que par moyens de recherche ou d'élaboration de politique. Ce qui ne surprend personne, c'est que les enfants et les jeunes constituent la population cible principale mais, toutefois, lorsque l'on examine à nouveau l'âge de ce groupe cible, il devient apparent que ces programmes sont souvent offerts par des organismes ou des agences, tels les centres communautaires, les centres de ressources familiales, les centres de santé communautaire ou les refuges pour femmes battues, qui se penchent eux aussi sur d'autres groupes d'âge. C'est une constatation intéressante, car elle démontre que tout comme la pauvreté chez les enfants fait partie de la pauvreté de la famille, les programmes traitant de la pauvreté infantile peuvent faire partie des initiatives axées sur d'autres aspects de la pauvreté ou de la vie familiale.

Il est important de noter qu'une forte majorité des initiatives identifiées lors de l'analyse sont à long terme ou permanentes, elles font partie de la communauté.

Le degré d'unanimité en ce qui concerne les facteurs déterminants traités par les initiatives de pauvreté chez les enfants est frappant : le revenu et le statut social, les réseaux de soutien social, l'éducation et les habitudes d'hygiène personnelle et les habiletés d'adaptation se sont classés parmi les trois facteurs déterminants les plus importants sur lesquels les organismes de toutes les provinces se sont penchés. Les provinces en sont également arrivés à un consensus sur les approches les plus fréquentes, jumelées aux déterminants : ainsi, dans toutes les provinces, les trois approches les plus communes pour affronter la pauvreté étaient le soutien social, l'initiative

personnelle et l'éducation.

L'urgence des besoins des enfants autochtones et le peu données statistiques disponibles sur les enfants des minorités visibles et les jeunes marginaux identifiés dans le profil sont aussi reflétés dans les données de l'analyse. Cependant, un programme destiné aux enfants autochtones a été élaboré par les organismes autochtones dans chaque province. Même si cela n'indique pas qu'on a répondu à ce besoin, ou encore, que les quelques programmes identifiés par l'analyse sont représentatifs, il démontre au moins que le besoin a été reconnu et que des effort sont déployés pour y répondre.

On ne peut toutefois pas dire la même chose concernant les besoins des enfants des minorités visibles. Ce n'est pas le manque de volonté de la part des organismes existants de répondre aux besoins de ceux-ci qui fait que l'on a pas trouvé aucun programme destinés à ces derniers, mais plutôt le peu d'information disponible sur ces enfants et de leurs besoins particuliers.

L'analyse ne comprenait pas de questions traitant particulièrement des jeunes marginaux. Cependant, des programmes destinés aux adolescents ont été identifiés dans toutes les provinces. Une partie ou la totalité de ces derniers sont accessibles aux jeunes marginaux, tandis que quelques uns (p. ex. le Nova Scotia's Long Term Services for Youth Association) s'adressent exclusivement à ce groupe. À ce moment, il n'y a pas suffisamment d'information en place concernant le nombre de ces jeunes afin de permettre d'évaluer à quel point on a répondu à leurs besoins.

PARTIE 3 : DISCUSSION

La pauvreté chez les enfants et les familles comportent des conséquences, immédiates ou à long terme, sur la santé et le bien-être des enfants. Le document de Santé Canada intitulé «Source Document for the Diagnostic of Children and Childhood in Canada» fait remarquer qu'un revenu familial modeste compromet la capacité des familles de répondre aux besoins fondamentaux de leurs enfants, ce qui, en retour, nuit à l'état de santé général de ceux-ci. Par exemple, le rapport indique que *«près de 60 % des bébés ayant un poids inférieur à la moyenne proviennent de familles qui vivent sous le seuil de faible revenu.»* (page 7)

Le document intitulé «Child Poverty: What are the Consequences?» (La pauvreté chez les enfants : quelles en sont les conséquences?) et préparé par le Conseil Canadien de développement social (1996) a fourni des renseignements précis sur certaines de ces conséquences. Ce document a démontré que, dans l'ensemble, un manque d'argent diminue les chances d'un enfant de se développer sainement, parce que :

- **Les enfants pauvres jouissent d'une moins bonne santé que les autres enfants.** Les enfants pauvres risquent davantage de naître prématurés, d'avoir un poids inférieur à la moyenne, et de souffrir de troubles physiques, affectifs et sociaux. Ces enfants courent un plus grand risque de souffrir d'hyperactivité, de souffrir de troubles émotionnels et de comportement et d'avoir des ennuis avec la justice.
- **Les enfants pauvres quittent l'école plus tôt et reçoivent, dans l'ensemble, moins d'instruction que les autres enfants.** Le taux de décrochage scolaire est le double chez les enfants pauvres. Une étude récente intitulée «The Literacy Skills of Canadian Youth» (1997) (Les habiletés de lecture et d'écriture chez les jeunes Canadiens) a démontré qu'il existe des écarts importants et mesurables entre les habiletés de lecture et d'écriture des jeunes mieux nantis financièrement et les jeunes défavorisés.
- **La santé et la sécurité des enfants pauvres est souvent mise en jeu, parce qu'ils vivent dans un environnement dangereux.** En effet, leur logement nécessite souvent des réparations importantes et ne comprend pas toujours des dispositifs de sécurité, tels les détecteurs de fumée. Les enfants pauvres sont plus susceptibles de vivre dans des installations de l'aide à l'enfance ou en foyer nourricier.
- **Les enfants pauvres ont des comportements plus risqués.** Ils risquent davantage de fumer, de consommer des drogues ou d'avoir un problème d'alcool. De plus, ils feront moins usage de moyens contraceptifs, et par conséquent, les adolescentes de familles à faible revenu courent cinq fois plus de risques de tomber enceinte que les filles provenant de familles à revenu plus élevé. Aussi, les adolescents issus de familles pauvres utilisent peu souvent des condoms pour se protéger des maladies transmises sexuellement. (page 26)

Il est évident que les organismes contactés lors de l'analyse de contexte connaissent les

conséquences et essaient d'y remédier par l'entremise d'une variété de programmes, comme les programmes de soins prénataux, les programmes de petit-déjeuner et de déjeuner dans les écoles, les programmes de soutien et de formation au rôle de parent, L'école avant tout, les programmes d'aide avec les devoirs, les programmes de préparation à l'emploi, les programmes de loisirs et d'estime de soi.

Les relations axées sur la communauté et interrogés dans le cadre de l'analyse de contexte comprenaient que les conséquences de la pauvreté infantile sont aussi liées que les facteurs déterminants de la santé. Un bon nombre d'entre eux ont donné des commentaires et des points de vue qui appuyaient les faits nouveaux identifiés dans le profil.

Ces relations ont renforcé leur conviction qu'il était inutile et risqué de traiter la pauvreté infantile comme un cas isolé. Ils affirment que cette dernière est étroitement liée à la pauvreté chez les familles, et plus particulièrement chez les femmes. Ce lien était démontré clairement dans le profil : les enfant sont pauvres parce que leurs familles sont pauvres et les enfants de familles monoparentales dirigées par une femme risquent donc davantage d'être pauvres.

Par conséquent, on a également insisté sur le fait que les interventions visant à atténuer la pauvreté chez les enfants, ne seront pas efficaces tant qu'elles viseront uniquement les enfants. Afin de renforcer ce point, un centre de ressources familiales de la Nouvelle-Écosse s'est rendu à l'évidence que les programmes qui offrent un modèle et un soutien aux mères donnaient des résultats plus positifs sur la vie des enfants, même si le but de ces programmes était d'aider au développement des enfants de familles à faible revenu.

Puisque les conséquences et les causes de la pauvreté chez les enfants sont liées au système et empiètent sur les mandats de divers ministères et d'organismes communautaires, il ne faut pas être étonné si un autre point de vue provenant des rencontres avec les groupes communautaires et les contacts au gouvernement préconise une approche éclectique et polyvalente à cette question, soit une approche qui reconnaît que la pauvreté comprend de nombreux facteurs et en traite le plus grand nombre possible par le biais d'un modèle exhaustif de prestations de services collectifs.

En un sens, cette approche polyvalente se reflète au sein des programmes du gouvernement provincial, quoique les activités au niveau provincial ne sont pas définies comme étant axées sur les questions particulières à la pauvreté chez les enfants. Deux points sont ressortis des entrevues et des échanges informels avec les relations dans divers ministères de chaque province :

- D'une façon ou une autre, tous s'occupent des questions directement ou indirectement liées à la pauvreté infantile; et
- «La pauvreté chez les enfants» n'a pas été considérée comme une question primordiale dont on s'occupe directement.

Ainsi, même si, en général, on reconnaît que la pauvreté chez les enfants est un phénomène étendu, peu d'efforts ont été faits pour s'y attaquer directement. Chaque ministère a plutôt élaboré des initiatives liées à leur mandat particulier qui vise à se pencher sur les risques reliés aux enfants, tout en reconnaissant que les programmes qui en résultent auront le plus grand impact sur les enfants pauvres. Ce fait semble indiquer la façon dont les ministères gouvernementaux sont organisés, au lieu de s'avérer un refus de reconnaître l'existence de la pauvreté infantile. Toutefois, les seuls résultats obtenus consistent en la mise en place de programmes et d'initiatives qui traitent de divers aspects de la vie des enfants et des divers risques auxquels ils sont exposés, sans considérer la pauvreté comme un élément de base qui relie bon nombre de ces risques particuliers.

Les ministères gouvernementaux sont organisés autour de mandats : l'éducation, la santé, le développement économique, etc. Par exemple, le ministère de l'éducation peut ressentir le besoin d'intervenir tôt lorsque les enfants ont de la difficulté à acquérir les rudiments de la lecture, et par la suite décider d'élaborer un programme destiné à renforcer l'acquisition des habiletés au début du processus d'apprentissage. Par la suite, les ministères constatent que la plupart des enfants qui ont participé au programme proviennent de régions ou de familles à faible revenu, bien qu'ils n'aient pas élaboré un programme prévu spécialement pour les enfants pauvres. En bref, ces programmes aident le enfants pauvres, mais ne visent pas la pauvreté chez les enfants.

Des organismes non gouvernementaux et axés sur la communauté sont souvent formés pour affronter la pauvreté; ils ont justement été formés pour traiter de cette question. En effet, ces agences et ces groupes oeuvrent directement auprès des familles à faible revenu et se penchent sur les conséquences de la pauvreté sur le quotidien des gens. L'existence de ces programmes est en fonction de la compréhension du sujet de la pauvreté chez les enfants comme englobant un grande partie des risques auxquels les enfants vivant dans des familles à faible revenu sont exposés.

Le travail de ces groupes communautaires commence en reconnaissant que les enfants des familles à faible revenu ont des besoins pressants et qu'ils sont vulnérables. Par la suite, leurs efforts sont canalisés vers la racine du problème : la pauvreté. Ces organismes, tout comme le ministère de l'éducation, peuvent prendre conscience de l'importance du succès scolaire, mais auraient la souplesse d'adopter une approche élargie. Par exemple, ce type de groupe peut s'attarder sur la «maturité scolaire» en offrant des programmes pour améliorer les aptitudes à la lecture et à l'écriture des parents, afin que ceux-ci puissent faire la lecture à leur enfant; en offrant un service de prêt de jouets et de livres pour enrichir les expériences d'apprentissage des enfants; en procurant des expériences de jeux de groupes et de contes afin de préparer ces enfants à l'aspect social de l'école; et finalement en offrant des programmes de perfectionnement et de recherche d'emploi pour les parents afin d'augmenter leur revenu familial.

Les groupes communautaires et les ministères gouvernementaux ont un but semblable : aider à améliorer la qualité de vie de ces enfants. Toutefois, leur manière d'analyser et d'aborder cette question diffère quelque peu. Le travail effectué par les groupes communautaires vise à réduire les inégalités, reconnaître que les enfants pauvres sont le résultat de la pauvreté et à essayer d'aider ceux-ci tout en réduisant l'impact de la pauvreté et, lorsque c'est possible, en diminuant la pauvreté elle-même. L'orientation du travail fait par le gouvernement provincial est axé sur des mandats spécifiques, noter les risques auxquels les enfants pauvres sont exposé dans des domaines relevant de leur pouvoir et d'essayer d'aider ces enfants en se penchant sur ces questions précises.

Ces approches ne sont pas mutuellement exclusives. Les ministères provinciaux apportent une grande expertise lorsqu'ils constatent les risques particuliers : les organismes axés sur la communauté peuvent offrir leur point de vue et leur expérience en reconnaissant et en traitant la pauvreté comme un facteur fondamental et unificateur. En coupant partout dans les mandats ministériels et en examinant les causes fondamentales de la mauvaise santé de la population en général, le modèle axé sur les facteurs déterminants de la santé peut s'avérer une façon de commencer à réconcilier et d'agrandir les forces de chacune de ces deux approches qui visent à répondre aux besoins des enfants. L'approche axée sur les déterminants encourage et soutient les approches interministérielles et inter sectorielles, lesquelles sont essentielles si les facteurs déterminants sont traités.

Certains efforts interministériels ont déjà été abordés par les provinces. Par exemple, en Nouvelle-Écosse, les représentants des ministères des services communautaires, de la santé, de la justice et de l'éducation ainsi que les représentants du Youth Secretariat (secrétariat de la jeunesse) ont travaillé ensemble dans un comité d'initiative pour les enfants et les jeunes à un effort pour élaborer et mettre sur pied une approche interdisciplinaire intégrée requise pour répondre aux besoins des enfants. L'Île-du-Prince-Édouard, elle, entreprend actuellement un effort interministériel pour encourager le développement sain des enfants en se penchant sur tous les facteurs qui exercent une influence sur les enfants, y compris la pauvreté. Terre-Neuve prépare présentement un Modèle de coordination des services destinés aux enfants et aux jeunes, laquelle s'agit d'une initiative conjointe des ministères de l'éducation, de la santé, des ressources humaines et de l'emploi, et de la justice. Quant au Nouveau-Brunswick, cette province compte, parmi les autres efforts, l'Initiative à la petite enfance qui aide les enfants vulnérables à un retard de développement lié aux facteurs sociaux de risque, dont un de ces derniers constitue la pauvreté.

La coopération, le soutien mutuel et le respect à tous les niveaux sont essentiels si l'on veut se pencher efficacement sur les questions difficiles de la pauvreté chez les enfants et à l'intérieur des familles. Les causes, les conséquences et les approches sont entremelées et doivent être

traitées simultanément. À cet effet, un chef autochtone de la réserve de Lennox Island à l'Île-du-Prince-Édouard déclarait :

«C'est seulement lorsque l'on apporte de l'aide à toutes les populations en même temps qu'il y a de l'espoir. Il est inutile d'aider les enfants si les parents ne reçoivent pas l'éducation et le soutien appropriés. Aussi, il est inutile d'aider les parents si les enfants ne bénéficient pas également de programmes positifs offrant des modèles. Il faut les éduquer tous ensemble.»

Conclusion

Le but de la séance de discussion intitulée «Working Together to Address Child Poverty in the Atlantic Region» est d'établir des priorités pour s'occuper des questions relatives à la pauvreté chez les enfants pour le Childhood and Adolescent Life Stage du Population Health Fund.

Les objectifs -- axés sur l'hypothèse qu'aucun programme ou secteur ne peut, à lui seul, trouver des solutions aux défis auxquels les familles, les femmes et les enfants qui vivent dans la région de l'Atlantique doivent faire face -- consistent en :

- Reconnaître et soutenir le travail actuel effectué par les ministères gouvernementaux, les ONGs, les agences et les organismes communautaires qui se penchent sur les causes de la pauvreté infantile et sur les défis relevés par ceux qui vivent dans la pauvreté avec des enfants.
- Utiliser ces connaissances pour promouvoir le concept de collaboration inter sectorielle et mettre en place un mécanisme organisationnel qui nous permettra de travailler ensemble.
- Trouver des moyens concrets de maximiser les ressources financières disponibles du Population Health Fund en lançant des initiatives d'élaboration des politiques, de mise en valeur du potentiel communautaire et de programmes.

Afin qu'elles servent de point de départ à la discussion, le profil de pauvreté chez les enfants a identifié six faits nouveaux :

- Entre 1990 et 1995, la pauvreté chez les enfants a augmenté au Canada Atlantique.
- Les enfants issus de familles monoparentales dirigées par des femmes sont plus susceptibles d'être pauvres, et cette tendance s'accroît dans la région de l'Atlantique.
- Un pourcentage élevé d'enfants habitant les provinces de l'Atlantique vivent dans la pauvreté, et celle-ci peut être assez vaste, que ce soit pour les enfants provenant de familles bénéficiaires d'aide sociale ou pour ceux dont les familles dépendent d'emploi peu rémunérateurs ou du salaire minimum pour survivre.
- Le taux de pauvreté et la profondeur de cette dernière est d'autant plus grave chez les enfants autochtones que chez les enfants en général.
- Le peu d'information disponible sur les jeunes marginaux révèle qu'ils sont de plus en plus nombreux et leurs besoins pressants.

L'analyse du contexte a donné un aperçu des types d'initiatives déjà en cours dans les quatre provinces de l'Atlantique.

- Les questions relatives à la pauvreté chez les enfants sont traitées de façon concrète par le biais de programmes, au lieu de la recherche et de l'élaboration de politiques.
- Les enfants et les jeunes constituent la population cible principale.
- Les programmes sont souvent offerts par des organismes ou des agences qui s'occupent aussi de d'autres groupes d'âge.
- La plupart des initiatives identifiées lors de l'analyse sont à long terme ou permanentes.
- Les programmes ont tendance à se pencher sur les mêmes facteurs déterminants de la santé, soit : le revenu et le statut social, les réseaux de soutien social, l'éducation, les habitudes d'hygiène personnelle et les habiletés d'adaptation.
- Les programmes tendent à adopter les mêmes approches, soit : le soutien social, l'initiative personnelle et l'éducation.
- La communauté autochtone s'occupe des besoins de ses enfants, mais elle a besoin de plus de soutien
- On veut répondre aux besoins des enfants noirs et ceux des minorités visibles, mais il faudrait avoir davantage d'information sur leurs besoins particuliers.
- De l'information supplémentaire sur le nombre et les besoins des jeunes marginaux est requise.

Cette information constitue un point de départ à partir duquel il est possible de continuer à discuter des moyens les plus efficaces pour soutenir les efforts déployés pour éliminer la pauvreté chez les enfants.

La pauvreté est à la fois généralisée et profonde dans la région de l'Atlantique. Afin de traiter la pauvreté et de l'atténuer, il faudra déployer un effort exhaustif, intensif, coopératif, conjugué et inter sectoriel. «Working Together to Address Child Poverty in the Atlantic Region» est un autre pas vers cette direction.

Références

Campagne 2000, *Report Card 1997 : Child Poverty in Canada,* Toronto, Ontario : Campagne 2000, décembre 1997.

Institut canadien de la santé infantile, *La santé des enfants du Canada : Profil réalisé par l'ICSI.* Ottawa, Ontario : ICSI, 1994.

Association canadienne de santé publique, Child Health Program Working Group, *A Cross-Country Consultation on a National Vision and Goals for Child and Youth Health in Canada: Summary Report.* Préparé par l'Unité de la santé de la famille et de l'enfance, Santé Canada, mai 1995.

Catano, J.W., Y'A PERSONNE DE PARFAIT : *Considerations for Revising Illustrations.* Rapport non publié préparé pour le groupe de travail Y'A PERSONNE DE PARFAIT, unité de la santé de la famille et de l'enfance, Santé Canada, 1995.

Childhood and Youth Division, Santé Canada, *Source Document for the Diagnostic of Children and Childhood in Canada.* Childhood and Youth Division, Santé Canada, février 1997.

Conceptual Framework Subgroup on Population Health, *Towards a Common Understanding: Clarifying the Core Concepts of Population Health -- A Discussion Paper.* Working Group on Population Health, Santé Canada, septembre 1996.

Santé Canada, *Turning Points: The National Goals for Healthy Child and Youth Development,* Unité de la santé de la famille et de l'enfance, Childhood and Youth Division, 1997.

Développement des ressources humaines Canada, Growing Up in Canada: National Longitudinal Study of Children and Youth. Ottawa, Ontario: Statistique Canada, 1996.

McCrossin, S. *:Youth in the 90s.* Halifax: Nova Scotia Youth Secretariat, janvier 1993.

Conseil national du Bien-être, *Profil de la pauvreté 1980-1990.* Ottawa, Ontario : Conseil national du Bien-être, automne 1992.

Conseil national du Bien-être, *Profil de la pauvreté 1993.* Ottawa, Ontario, Conseil national du Bien-être, printemps 1995.

Conseil national du Bien-être, *Profil de la pauvreté 1995.* Ottawa, Ontario : Conseil national du Bien-être, printemps 1997.

Forum national sur la santé, *What determines Health?* 1996.

Forum national sur la santé, *Advancing the Dialogue on Health and Health Care,* 1996.

Forum national sur la santé, *Canada Health Action: Building on the Legacy -- Final Report of the National Forum on Health*, vol. 1, 1997.

Forum national sur la santé, *Key Findings about Vulnerable Groups: Your Health.* In: Determinants of Health Working Group Synthesis Report, rapports de synthèse et documents de réflexion, vol II, 1997.

Ross, D., Scott, K., et Kelly, M., *Child Poverty: What Are the Consequences?* Centre for International Studies, Conseil canadien de développement social, 1996.

Scott, Katherine, *The Progress of Canada's Children* 1996. Conseil canadien de développement social, 1996.

Statistique Canada, *Aboriginal Peoples Survey 1991: Schooling, Work and Related Activities, Income, Expenses and Mobility,* 1991.

Statistique Canada, *Aboriginal Peoples Survey 1991: Health Profile of Aboriginal Children (under 15 years of age): Canada, Provinces and Territories*, avril 1994.

Statistique Canada, *1996 Census: Aboriginal Data.* The Daily, le 13 janvier 1998.

Statistique Canada, *Low Income Persons 1980-1995 (Low Income Cut-offs 1992 Base),* Enquête sur les finances des consommateurs, décembre 1996.

Statistique Canada, Division des enquêtes-ménages, *Moyennes annuelles de la population active 1996.* février 1997.

Willms, D., *Literacy Skills of Canadian Youth.* Statistique Canada, 1997.

Zyblock, M. et Tyrell, I., «Decomposing Family Income Inequality in Canada, 1981-93», *Canadian Business Economics,* vol. 6, n° 1, automne 1997.

ANNEXE 1
Historique, plan de travail et restrictions

Un Profil sur la pauvreté chez les enfants au Canada Atlantique automne 1997

Historique

En novembre 1997, Santé Canada a demandé de préparer un aperçu de la situation de la pauvreté infantile dans chacune des quatre provinces de l'Atlantique et dans la région en général. Cet aperçu servira de point de départ à la discussion et à la planification et comprend les trois éléments suivants :

1.Un profil de la pauvreté chez les enfants au Canada Atlantique divisé, autant que possible en catégories : enfants (0-12) et adolescents (13-18), avec des sous-catégories pour les enfants noirs, autochtones et ceux provenant de minorité visible.

2 Une description des initiatves, courantes ou au stade de planification, d'élaboration de politiques, de recherche ou de programmes qui traitent des réalités de la pauvreté chez les enfants dans cette région. Ces initiatives devraient inclure :

- les gouvernement fédéral, provincial ou municipal
- des centres de recherche
- des groupes ou des organismes axés sur la communauté
- le secteur privé

L'information est divisée, dans la mesure du possible, en unités, soit les enfants (0-12) et les adolescents (13-18), lesquelles comprennent des sous-unités pour les enfants noirs, autochtones et ceux provenant de minorités visibles.

De plus, la description des initiatives devrait identifier à la fois les écarts potentiels et les contacts clé dans le domaine de la pauvreté chez les enfants.

3Une base de données des participants clé, comprenant leurs mandats et leurs centres d'intérêt, divisée autant que possible en unités, soit les enfants (0-12) et les adolescents (13-18) avec des sous unités pour les enfants noirs, autochtones et ceux provenant de minorités visibles.

Comme les objectifs régionaux de la Direction générale de la promotion et des programmes de santé, les programmes et les initiatives identifiés dans la base de données ont été liés aux facteurs déterminants de la santé. Il est à souhaiter que ce lien aidera les autres secteurs, par exemple, le secteur des affaires, du travail ainsi que les groupes communautaires et divers paliers

du gouvernement, afin de mieux comprendre les facteurs déterminants de la santé qui se rapportent à la santé et au bien-être des enfants et des adolescents.

Ce rapport comprend la Partie I de ce projet : l'élaboration d'un profil de la pauvreté chez les enfants au Canada Atlantique.

Plan de travail

Revision de la documentation

La première étape de l'élaboration de ce profil était d'examiner les sources d'information publiées sur la nature et l'étendue de la pauvreté chez les enfants au Canada, dans la région de l'Atlantique et/ou dans chacune des provinces de l'Atlantique. Cette documentation avait pour but de fournir un historique et un contexte pour l'information que nous voulions recueillir de chacune des provinces. Les sources primaires consistaient en des compilations statistiques, telles celles du Conseil national du Bien-être, de l'Institut canadien de la santé infantile, du Conseil canadien de développement social et de Statistique Canada.

Des données précises sur les enfants autochtones étaient disponibles et ont été présentées séparément. Toutefois, aucune information n'a été trouvée sur le statut ou les besoins particuliers des enfants noirs et ceux provenant de minorités visibles.

Entrevues

La pauvreté chez les enfants est un sujet qui font partie du mandat de plusieurs ministères gouvernementaux. Puisque notre but était de recueillir des données constantes et systématiques qui serviraient à décrire la pauvreté infantile dans chacune des quatre provinces de l'Atlantique, notre approche était axée sur la collecte de renseignements provenant de sources semblables à l'intérieur des gouvernements provinciaux de chaque province. Étant donné que nous nous penchions sur la pauvreté en tant que facteur déterminant de la santé des enfants, plus que sur l'enfant lui-même, nous sommes entrés en relation avec les personnes-ressources au niveau provincial qui s'occupaient de questions financières, économiques et celles liées au développement économique.

Par la suite, nous avons approché des personnes ressources à l'intérieur de chaque gouvernement qui étaient préoccupés par la pauvreté en général et/ou la pauvreté chez les enfants en particulier. Puisque notre hypothèse fondamentale est que les enfants sont pauvres parce que leurs parents sont pauvres, les initiatives qui agissent sur la situation économique des parents et des familles ont également été considérés comme touchant la pauvreté infantile.

En dernier lieu, nous avons joint les ministères gouvernementaux qui, à l'intérieur d'autres programmes ont identifié les enfants et les familles pauvres comme des populations prioritaires, même s'ils ne se penchaient pas sur la pauvreté infantile comme telle.

Notre première étape a été de prendre contact avec les entrepreneurs du CHPNA dans chacune des quatre provinces et de leur demander de dresser une liste de numéros de téléphones et de noms de personnes-ressources pour les ministères gouvernementaux pertinents. Parmi ces ministères, on retrouve : le ministère des finances et/ou du développement économique, le ministère des services sociaux ou communautaires; le ministère de la santé; le ministère de l'éducation; le ministère de la justice ainsi que tout autre ministère pertinent au contexte des connaissances sur l'organisation du gouvernement de leur province.

Une fois cette étape terminée, la rédactrice-recherchiste a téléphoné aux personnes-ressources identifiées, afin d'expliquer à ceux-ci le genre d'information qu'elle cherchait et de leur demander de répondre à quelques questions concernant la définition et l'approche de leur province sur la pauvreté. Ceux qui étaient d'accord ont reçu l'option d'être interviewés par téléphone ou de répondre par écrit aux questions envoyées par télécopieur. Voici les 10 questions :

1. Quelle est la définition opérationnelle de la pauvreté infantile de votre ministère ou de votre province ?

2. Pouvez-vous me guider envers ou me donner des statistiques concernant la pauvreté chez les enfants et sa fréquence dans votre province?

3. Selon vous, quels sont les facteurs clés qui touchent la pauvreté chez les enfants dans votre province ?

4. Est-ce que votre ministère ou votre province a élaboré ou élabore présentement des politiques visant à agir envers la pauvreté chez les enfants ?

5. Est-ce que votre ministère ou votre province a pris des initiatives destinées à éliminer la pauvreté chez les enfants ?

6. Considérez-vous que toute initiative prise par votre ministère agit directement ou indirectement sur la pauvreté chez les enfants ? Si oui, comment ?

7. Pouvez-vous m'informer au sujet de tous les rapports publiés pertinents aux initiatives prises par votre ministère ou votre gouvernement pour agir sur la pauvreté ?

8. Votre ministère fait-il partie d'un des groupes de travail provinciaux interministériels ou inter sectoriels sur la pauvreté chez les enfants ?

9. Quelle personne de votre gouvernement provincial occupe le rôle de chef de file dans le groupe de travail national sur les prestations pour enfants ou le programme national pour les enfants ?

10. Selon vous, à qui d'autre pourrais-je me référer?

La plupart ont choisi de recevoir les questions par télécopieur, surtout parce qu'ils n'étaient pas certains d'être la «bonne» personne pour y répondre et qu'ils voulaient discuter de certains aspects de ces questions avec leurs collègues. Certains répondants ont donné leurs réponses par téléphone, tandis que d'autres les ont envoyées par écrit.

En tout, 33 personnes ont été questionnées : 8 à Terre-Neuve, 9 en Nouvelle-Écosse, 7 à l'Île-du-Prince-Édouard et 9 au Nouveau-Brunswick. En général, les résultats de cette enquête différaient, surtout en raison du manque de concordance entre la façon dont les questions étaient formulées et les moyens pris par les provinces pour se pencher sur la question de la pauvreté chez les enfants. Par conséquent, toutes les provinces étaient conscientes que la pauvreté chez les enfants était un sujet à traiter, et la plupart des ministères concernés avaient pris des mesures pour s'occuper directement ou indirectement de celle-ci.. Toutefois, étant donné que ces initiatives ne portaient pas l'étiquette d' «initiatives sur la pauvreté chez les enfants», une certaine confusion régnait à savoir quelle information, au juste, était recherchée. Ainsi, plusieurs relations nous ont référé à d'autres gens. De plus, dans certains cas, plusieurs personnes se sont consultées et ont désigné une personne pour répondre aux questions. Dans d'autres cas, aucune réponse officielle n'allait être dévoilée à l'intérieur du délai accordé pour ce rapport.

La plus grande partie de cette information obtenue de ces contacts provinciaux était analytique et décrivait l'orientation de ces politiques. Il a cependant été impossible et jugé inopportun de classer ces renseignements selon l'âge ou la race et l'ethnie.

Restrictions de la méthodologie

Les principaux facteurs qui limitaient les résultats de ce profil étaient les restrictions inhérentes à la quantité et à la disponibilité du travail actuel effectué dans le domaine de la pauvreté chez les enfants. Parce que nous utilisions de l'information existante, nous travaillions avec des ensembles incomplets de données provenant de sources variées.

Les renseignements disponibles ont été recueillis par diverses agences, pour des usages différents, en utilisant différents plans de travail. De plus, ces renseignements s'inspiraient de différentes hypothèses,ce qui a restreint notre capacité de préparer un profil exhaustif et cohérent sur la pauvreté infantile.

La disponibilité des relations des gouvernements provinciaux (plusieurs étaient absents durant certaines étapes de l'enquête et n'ont pu être contactés) et leur volonté et leur capacité de se pencher sur les questions soulevées constituaient des restrictions. L'organisation et la structure de la bureaucratie gouvernementale peuvent limiter l'accès à l'information et/ou à son existence, ce qui signifie que si un ministère ne s'est pas directement penché sur la pauvreté chez les enfants, la personne-ressource ne sera peut-être pas en mesure de nous fournir des renseignements précis à ce sujet.

ANNEXE 2 :

Base de données / Questionnaires de l'analyse de contexte

INSÉRER QUESTIONS P. 1

INSÉRER QUESTIONS P. 2

INSÉRER QUESTIONS P. 3

ANNEXE 3 :

Résumés des organismes/initiatives provinciaux

- 2A : Terre-Neuve
- 2B : Nouveau-Brunswick
- 2C : Nouvelle-Écosse
- 2D : Île-du-Prince-Édouard

2A: TERRE-NEUVE Résumé organisme / initiative

Nombre d'entrées : 38
Nombre d'entrées complétées : 37

Catégories d'initiatives :	N^bre d'initiatives par catégorie	Numéro assigné à l'organisme
Nature de l'initiative :		
•Programme	34	2,3,4,5,6,7,9,10,11,12,13,15,16,17,18,19,20,21,22, 23,24,25,26,27,29,30,31,32,34,35,36,37
•Politique	5	1,5,8,10,28
•Projet ou document de recherche	8	1,5,10,11,14,19,24,37
Population cible principale :		
•Communauté géographique entière	11	4,5,6,8,9,19,20,23,26,27,36
•Enfants et jeunes	22	2,6,11,12,13,14,15,16,17,18,21,22,25,27,29,30,31, 32,33,34,35,37
•Adultes	7	10,11,12,13,17,25,32
•Femmes	3	11,22,32
•Aînés	----	----
•Familles	8	10,12,13,14,15,17,18,25
Autre : •Locataires de logements subventionnés •Nation Innu •Communauté autochtone	 •1 •2 •1	 •4 •19,20 •23
Âge du groupe cible :		
•0-6	17	1,4,7,9,11,12,13,14,15,16,17,20,23,25,26,29,34
•7-12	14	7,9,11,13,14,16,20,23,25,26,29,30,31,37
•13-18	14	6,7,9,14,16,20,21,23,25,26,29,30,33,37
Ature : •Tous les âges •Femmes et enfants maltraités •3-4 •5-18 •6-11 •6-16 •12-16 •14-21 •16-21 •16 et plus	 •13 •1 •1 •1 •1 •1 •2 •1 •1 •1	 •4,5,7,8,9,10,14,19,20,24,26,28,32 •22 •34 •24 •36 •2 •33,37 •6 •35 •2
Se penchent principalement ou uniquement sur les besoins d'un groupe particulier ?		
•Autochtones	4	19,20,23,26
•Noirs	---	----
•Minorité visible	----	----

Durée (à partir de décembre 1997) :		
•6 mois ou moins	----	----
•6 mois -2 ans	2	11,32
•2-5 ans	4	7,13,20,30
•Plus de cinq ans ou en permanence	26	1,2,3,5,6,8,9,12,15,16,17,18,19,21,22,23,25,26,27, 28,29,31,33,35,36,37
Facteurs déterminants de la santé abordés :		
•Revenu et statut social	30	1,4,5,6,7,8,9,10,11,13,14,15,16,17,18,19,20,22,25, 26,27,28,29,30,31,32,33,35,36,37
•Réseaux de soutien social	29	1,2,3,4,5,6,7,9,10,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21, 22,23,25,26,27,29,30,32,33,34,35
•Éducation	27	1,2,3,5,6,7,8,10,11,14,15,16,17,21,23,24,25,26,27, 29,30,32,33,34,35,36,37
•Emploi/conditions de travail	22	3,4,5,6,7,8,10,15,16,19,20,22,24,25,27,28,31,33,35,3 6,37
•Environnement social	26	1,2,3,4,6,7,9,10,11,12,13,14,15,16,18,20,23,24,25, 27,29,30,31,32,33,34
•Environnement physique	8	4,7,15,19,20,23,26,31
•Habitudes d'hygiène personnelle/ habiletés d'adaptations	33	1,2,4,5,6,7,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,20,21,22, 23,24,25,26,27,29,30,31,32,33,34,35,36,37
•Développement sain de l'enfant	24	1,4,7,9,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,22,23,24,25, 26,29,31,32,34,36
•Antécédents biologiques ou génétiques	12	2,4,7,13,15,18,19,22,23,25,31,36
•Services de santé	9	4,5,10,13,15,20,23,25,26
•Sexe	16	1,2,5,7,10,11,14,15,18,21,22,23,27,31,35,36
•Culture	12	5,7,10,11,15,18,19,20,22,23,24,31
Approches :		
•Sensibilisation à la culture	4	19,20,23,26
•Développement économique	2	8,10
•Éducation	17	4,7,8,10,12,13,14,15,22,23,27,29,30,34,35,36,37
•Développement communautaire général	12	7,8,9,14,16,18,19,20,21,25,30
•Développement organisationnel	----	----
•Recherche	3	5,10,14
•Initiative personnelle	23	4,5,11,12,13,14,15,16,17,18,20,21,22,25,26,27,28, 29,32,33,35,36,37
•Soutien social	32	2,4,5,6,7,9,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,2 5,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37
•Autre	----	----

Numéros assignés aux organismes

1. Association of Early Childhood Educators, St. John's
2. Grand Frères/Grandes Soeurs du Canada, St. John's
3. Brother T.I. Murphy Centre (école indépendente reconnue; capacités de lecture et d'écriture et connaissances pratiques), St. John's
4. Buchmaster's Circle Community Centre (programmes variés pour les parents et les enfants; programme de déjeuner), St. John's
5. Association canadienne pour la santé mentale/Terre-Neuve (Coalition for Families; Speaking for Ourselves), St. John's
6. Choices for Youth, le gouvernement de Terre-Neuve, St. John's
7. Community Action Initiatives (Community Centre; Brighter Futures; Healthy Baby Club), Corner Brook
8. Community Alliance for Better Solutions (front commun pour la défense des gens défavorisés), St. John's
9. Community Food Sharing Association (collecte et distribution de la nourriture)), St. John's
10. Community Service Council (formation de base des adultes), St. John's
11. CUPW Child Initiative Program (programmes variés pour les parents et les enfants), St. John's
12. Daybreak Parent/Child Centre (Program for Early Parent Support/PEPS), St. John's
13. Daybreak Parent/Child Centre (groupe de soutien aux parents; club des bébés en santé, Y'a personne de parfait), St. John's
14. Faculté d'éducation, MUN (documents et projets de recherche variés), St. John's
15. Fortune Bay North Family Resource Centre (programmes variés pour les parents et les enfants), Belloram
16. Froude Avenue Community Centre (programme de déjeuner), St, John's
17. George Street Family Play Group (halte-garderie), St. John's
18. Santé Canada, Direction générale de la promotion et des programmes de santé (CAPC; PCNP), St. John's
19. Nation Innu (initiatives d'emploi, programme de déjeuner à l'école, programme prénatal), North West River, Labrador
20. Coneseil de bande de la nation Innu (programmes variés), Sheshatshit
21. International Allied Youth (formation des dirigeants, éducation par les semblables), St. John's
22. Iris Kirby House (refuge pour femmes battues et leurs enfants), St. John's
23. Labrador Innuit Health Commission (programmes variés de formation au rôle de parent et de nutrition), North West River
24. Literacy Development Council (initiatives variées; base de données nationale sur l'alphabétisation), Grand Falls/Windsor
25. McMorrin Community Centre (initiatives variées pour les familles, les parents et les enfants; aide pour les devoirs; Garden), St. John's
26. Association nationale des centres d'amitié, St. John's
27. Grands Frères et Grandes Soeurs du Canada(programmes sociaux et récréatifs; préparation à l'emploi; tutorat), St. John's
28. Parish of Pius X (Outreach House, banque alimentaire et vestiaire), St. John's
29. Rabbittown Community Centre (programmes de garde parascolaire, éducatifs et récréatifs variés), St. John's
30. School Children's Food Foundation (programmes alimentaires scolaires), St. John's
31. School Lunch Association, Inc. (programmes scolaires de dîner), St. John's
32. Single Parent's Association (banque alimentaire et vestiaire; cuisines communautaires; logement à but non lucratif), St. John's
33. The Saint Francis Foundation (foyer de groupe; placement urgent; traitement pour les jeunes délinquants sexuels; conditions de vie alternatives), St. John's
34. St. John Bosco Preschool Co-Op (Brighter Futures/programmes du CAPC), St. John's
35. Stella Burry Corporation (abri et séjour à court terme pour les jeunes femmes sans foyer), St. John's
36. YM/YWCA du Canada (Breakfast for Santa; halte-jeunes), St. John's
37. YM/YWCA de St. John's (renforcement de l'autonomie des jeunes; questions relatives aux jeunes), St. John's

Organismes inclus dans la base de données, mais qui n'ont pas terminé l'enquête

- Women's Policy Office, St. John's

Annexe 2B :

NOUVEAU-BRUNSWICK Résumé organisme / initiative

Nombre d'entrées : 17
Nombre d'entrées complétées : 16

Catégories d'initiatives	N^bre d'initiatives par catégorie	Numéro assigné à l'organisme
Nature de l'initiative :		
•Programme	11	1,2,3,4,5,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16
•Politique	2	11,14
•Projet ou document de recherche	1	14
Population cible principale :		
•Communauté géographique entière	5	5,6,7,10,14
•Enfants ou jeunes	10	2,6,7,8,9,10,12,13,14,15
•Adultes	6	6,7,10,11,12,15
•Femmes	6	2,8,11,12,14,15
•Aînés	----	----
•Familles	3	2,8,13
Autre :	----	----
Âge du groupe cible :		
•0-6	5	2,3,6,9,14
•7-12	3	1,13,14
•13-18	4	1,7,13,14
•Autre : -15-24 -Tous les âges	 •1 •9	 •16 •3,4,5,8,9,10,11,12,15
Se penchent principalement ou uniquement sur les besoins d'un groupe particulier?		
•Autochtones	1	3
•Noirs		
•Minorité visible		
Durée (à partir de décembre 1997):		
•6 mois ou moins	----	----
•6 mois -2 ans	2	9,14
•2-5 ans	2	2,16
•Plus de 5 ans ou en permanence	12	1,3,4,5,6,7,8,10,11,13,15
Facteurs déterminants de la santé traités :		
•Revenu et statut social	13	1,2,4,5,6,7,9,10,11,12,14,15,16
•Réseaux de soutien social	14	1,2,3,4,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15
•Éducation	14	1,2,3,4,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16
•Emploi/conditions de travail	10	1,2,3,4,10,11,12,13,15,16

•Environnement social	14	1,2,3,4,5,6,8,9,11,12,13,14,15,16
•Environnement physique	8	2,4,6,9,10,11,12,15
•Habitudes d'hygiène personnelle/habileté d'adaptation	14	2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,16
•Développement sain de l'enfant	12	2,3,4,6,7,9,10,11,12,13,14,16
•Antécédents biologiques et génétiques	5	2,4,6,9,14
•Services de santé	9	2,3,4,6,8,9,11,14,15
•Sexe	8	1,4,7,8,11,12,13,14
•Culture	4	3,4,11,16
Approches:		
•Sensibilisation à la culture	----	----
•Développement économique	3	10,11,14,15
•Éducation	7	2,8,9,10,11,13,15
•Développement communautaire général	6	2,5,6,7,12,14
•Développement organisationnel	----	----
•Recherche	----	----
•Initiative personnelle	11	2,5,6,7,8,9,11,12,13,14,15
•Soutien social	9	2,5,6,7,8,9,10,13,15
Autre :	----	----

Numéros assignés à l'organisme

1. Atlantic Cooperative Development Agency, Moncton
2. Bathurst Healthy Community Network, Bathurst
3. Big Cove Headstart Program, Big Cove
4. Centre de Bénévolat de la Péninsule Acadienne, Inc., Caraquet
5. Community Health Centre, Saint John (club d'achats d'aliments)
6. Early Childhood Stimulation, Inc./Stimulation à l'enfance inc., Moncton
7. Services familiaux et communautaires du Nouveau-Brunswick, Moncton
8. Family Resource Centre (Saint John) Inc., Saint John
9. Le Cercle Familial Miramichi (cuisine collective)
10. Moncton Headstart, Moncton
11. Monquarters At Work (M.A.W.), Mouth of Keswick
12. Ministère des Municipalités, de la Culture et de l'Habitation du N.-B., Bathurst (programme de participation de la communauté
13. Ministère des Municipalités, de la Culture et de l'Habitation du N.-B., Moncton (partenariat avec l'Université de Moncton
14. Partnership in Child Nutrition, Bathurst
15. Romero House Soup Kitchen, Saint John
16. Distric scolaire 15, Bathurst

Organismes inclus dans la base de données, mais qui n'ont pas terminé l'enquête

A. Monquarters at Work (diverses informations consignées)

Annexe 2C :

NOUVELLE-ÉCOSSE Résumé organisme / initiative

Nombre d'entrées : 48
Nombre d'entrées complétées : 20

Catégories d'initiatives	N^bre d'initiatives par catégorie	Numéro assigné à l'organisme
Nature de l'initiative :		
•Programme	16	1,2,3,4,5,7,8,10,11,12,13,14,15,17,18,20
•Politique	7	2,6,7,11,14,16,19
•Projet ou document de recherche	3	2,8,11
Population cible principale :		
•Communauté géographique entière	2	6,13
•Enfants ou jeunes	9	1,3,4,5,8,9,12,15,18
•Adultes	----	----
•Femmes	3	1,2,9
•Aînés	1	2
•Familles	6	2,3,5,9,12,15
Autre : •Personnes pauvres •Victimes de violence familiale •Jeunes 16-24 •Communauté autochtones	 •2 •1 •1 •1	 •2,11 •13 •10 •15
Âge du groupe cible :		
•0-6	8	3,5,9,12,13,15,18,20
•7-12	6	4,5,9,13,17,18
•13-18	3	9,13,17
Autre : •Tous les âges •Femmes et enfants •Parents •Années de scolarité 1-3 •16-24	 •6 •2 •4 •1 •1	 •2,3,6,7,11,14 •1,19 •9,12,13,16 •8 •10
Se penchent principalement ou uniquement sur un groupe particulier ?		
•Autochtones	3	12,15,16
•Noirs	2	14,16
•Minorité visible	----	----
Durée (à partir de décembre 1997) :		
•6 mois ou moins	----	----
•6 mois -2 ans	----	----
•2-5 ans	1	15
•Plus de 5 ans ou en permanence	14	1,2,3,4,5,6,9,10,11,12,14,16,18,20
Facteurs déterminants de la santé traités:		

•Revenu et statut social	10	5,9,10,11,12,13,15,16,19,20
•Réseaux de soutien social	11	3,4,5,9,10,11,12,15,16,19,20
•Éducation	12	3,5,9,10,11,12,13,15,16,17,18,19
•Emploi/conditions de travail	8	3,5,9,10,11,12,13,19
•Environnement social	8	3,5,9,12,13,15,16,19
•Environnement physique	5	5,9,12,13,15
•Habitudes d'hygiène personnelle/habiletés d'adaptation	8	3,5,11,12,13,16,18,19
•Développement sain de l'enfant	10	3,5,9,10,11,12,13,15,18,20
•Antécédents biologiques ou génétiques	1	13
•Services de santé	6	5,9,10,12,13,15
•Sexe	8	3,5,9,10,12,13,16,19
•Culture	7	5,10,12,13,15,16,19
Approches :		
•Sensibilisation à la culture	2	12,15
•Développement économique	----	----
•Éducation	9	2,5,6,9,11,12,13,15,18
•Développement communautaire général	4	2,3,6,10
•Développement organisationnel	----	----
•Recherche	1	8
•Initiative personnelle	9	1,2,3,9,10,11,13,15,18
•Soutien social	9	1,3,5,9,10,11,12,13,18
Autre : •Défense	•1	•6

Numéros assignés à l'organisme

1. Adsum House (abri pour les femmes sans foyer et leurs enfants), Halifax
2. Anti-Poverty Network, Halifax
3. Bayers Westwood Community Resource Center (cuisine collective), Halifax
4. Canadian Living Fondation de famille (Breakfast for Learning), Halifax
5. Childcare Advocacy Association of Nova Scotia, Halifax
6. Community Advocates Network, Dartmouth
7. Dalhousie Legal Aid, Halifax
8. Faculty of Health Professions, Dalhousie University (Studies on child feeding programs), Halifax
9. Home of the Guardian Angel (Spryfield Single Parents Center), Halifax
10. Long Term Services for Youth Association (Phoenix House), Halifax
11. Metro Food bank Society (distribution de nourriture et d'autres programmes), Dartmouth
12. Mikm'aq Child Development Center, Halifax
13. Naomi Society for Victims of Family Violence, Antigonish
14. Réseau national anti-pauvreté (représentant de la N.-É. au conseil de l'ONAP), East Preston
15. Native Council of Nova Scotia (programme d'initiative à l'enfance), Truro
16. North End Clinic (Campagne 2000), Halifax
17. Nova Scotia Teacher's Union (réseau informel d'enseignants préoccupés par les enfants et la pauvreté), Halifax
18. Armée du salut (services à la famille et à la communauté), Sydney
19. Second Story Women's Center (programmes variés axés sur la pauvreté chez les femmes et les enfants), Bridgewater
20. South shore Family Resource Association (centre d'aide à la famille), Bridgewater

Organismes inclus dans la base de données, mais qui n'ont pas complété l'enquête

- Annapolis Valley Hants Community Action Programme for Children, Wolfville
- Antigonish Women's Resource Center, Antigonish
- Apple Tree Landing Children's Center, Canning
- Association of Three parent Resource Centres, Halifax
- Building Blocks Family Resource Center, Kennetcook
- Cape Breton Family Resource Center (Inverness County), Port Hood
- Cape Breton Family Resource Center (inverness County), Ingonish Beach
- Cape Breton Family Resource Center (Port Hastings), Port Hastings
- Cape Breton Family Resource Coalition, Sydney
- Child Help Incentive Program, Truro
- Chrysalis House Children's Outreach Program, Kentville
- Dartmouth Family Resource Center, Dartmouth
- Digby County Family Resource Center, Digby
- Every Woman's Center, Sydney
- Kids First, Guysborough
- Kids First, New Glasgow
- Kids First, Antigonish
- LEA Place, Sheet Harbour
- Maggie's Place, Truro
- Memory Lane Family Place, Lower Sackville
- MicMac Benevolent Society, Truro
- North End Parent Resource Center, Halifax
- Parent and Tot Meeting Place, Halifax
- Pictou County Women's Center, New Glasgow
- Queens County Family Resource Center, Liverpool
- Shelburne County Family Resource Center, Shelburne
- South Shore Family Resource Association
- The Women's Place, Lawrencetown

Annexe 2D :

Île-du-Prince-Édouard Résumé organisme / initiative

Nombre d'entrées : 26
Nombre d'entrées complétés : 25

Categories d'initiatives	N^bre d'initiatives par catégorie	Numéro assigné à l'organisme
Nature de l'initiative :		
•Programme		1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20, 21,22,23,24,25
•Politique	1	14
•Projet ou document de recherche	1	20
Population cible principale :		
•Communauté géographique entière	6	3,4,13,15,16,20
•Enfants et jeunes	16	2,5,7,8,9,10,11,12,14,15,16,17,18,21,23,25
•Adultes	5	2,12,15,16,17
•Femmes •Mères adolescentes	•5 •1	•1,2,14,18,21 •8
•Aînés	----	----
•Familles	8	1,7,9,10,14,21,22,25
Autre : •Déficients intellectuels •Personnes pauvres •Familles pauvres	 •1 •2 •1	 •7 •3,15 •22
Âge du groupe cible:		
•0-6	3	2,9,10
•7-12	5	11,12,19,24,25
•13-18	5	5,7,8,16,24
Autre : •Tous les âges •Femmes , tous les âges •Fem. et enf. victimes de violence •Parents •Familles pauvres •13 et plus •13-21 •16-24 •16-29 •18-24	 •6 •1 •2 •1 •1 •1 •1 •1 •1 •2	 •3,4,13,14,15,20 •1 •18,21 •6 •22 •16 •7 •17 •5 •23,24

Se penchent principalement ou uniquement sur les besoins d'un groupe particulier ?		
•Autochtones	2	11,12
•Noirs	----	----
•Minorité visible -Déficients intellectuels	2	7,13
Durée (à partir de décembre 1997) :		
•6 mois ou moins	2	6,19
•6 mois -2 ans	----	----
•2-5 ans	7	6,7,10,12,20,21,23
•Plus de 5 ans ou en permanence	13	1,2,3,4,9,13,14,15,16,17,18,22,25
Facteurs déterminants de la santé traités :		
•Revenu et statut social	25	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25
•Réseaux de soutien social	24	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,25
•Éducation	24	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,25
•Emploi/conditions de travail	22	1,2,3,4,5,6,7,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,20,21,23,25
•Environnement social	23	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,23,25
•Environnement physique	18	1,2,4,5,6,7,8,10,11,13,14,15,16,17,18,20,21,23
•Habitudes d'hygiène personnelle/habiletés d'adaptation	24	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,25
•Développement sain de l'enfant	22	1,2,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22, 25
•Antécédents biologiques ou génétiques	11	2,4,5,6,8,9,10,15,18,20,25
•Services de santé	19	1,2,4,5,6,7,8,9,10,11,14,15,16,17,118,19,20,21,22
•Sexe	18	1,2,4,5,6,7,8,9,10,13,14,15,16,17,18,20,21,23
•Culture	20	1,2,3,4,5,7,8,9,10,11,12,13,15,16,17,18,20,21,22,25
Approches		
•Sensibilisation à la culture	3	11,12,20
•Développement économique	8	1,3,4,5,8,17,21,23
•Éducation	17	1,2,5,7,8,9,10,11,12,13,15,16,17,18,22,23,25
•Développement communautaire général	4	9,10,11,13
•Développement organisationnel	----	----
•Recherche	2	14,16
•Initiative personnelle	8	1,2,4,7,21,22,23,25
•Soutien social	19	2,3,4,5,7,8,9,10,12,13,14,15,16,17,18,20,21,22,25

Autre :		
•Lobbying	•1	•3
•Renforcement des familles	•1	•15
•Défense	•1	•18
•Services de santé	•1	•20

Numéros assignés aux organismes

1. AWARE: Area Women about Re-entry, Montague
2. CHANCES (programme d'action communautaire pour les parents), Charlottetown
3. Association canadienne de banques alimentaires (Upper Room Hospitality Ministry), Charlottetown
4. Catholic Family Services Bureau, Charlottetown
5. East Prince Health (East Prince Youth Development Centre), Summerside
6. Eastern Prince Health Authority (Parenting in the Working World), Souris
7. Eastern School District (School Transition Initiative), Charlottetown
8. Guidance Dept, PEI Dept of Education (Teen Moms Education Pilot at Col. Grey High School), Charlottetown
9. Kids West, Inc. (Family Resource Centre), Alberton
10. Lend A Hand Resource Center (CAPC Early Childhood Center), Souris
11. Bande indienne Lennox(Lennox Island Health Club, Grades 4,5,6), Lennox Island
12. Lennox Island Health Center (Lennox Island Reading Program), Lennox Island
13. PEI Association for Community Living, Charlottetown
14. Association nationale de la femme et du droit, section de l'Î.-P.É., Charlottetown
15. Prince County Family Services Bureau (Non-profit Community program), Charlottetown
16. PEI Community Legal Information Association, Charlottetown
17. Project Discovery BOACO (Discovery Alternative Ed; Auto skills; Provincial Program for Litracy), Montague
18. Southern Kings Family Violence Comittee, Montague
19. Southern Kings Health Region (Comprehensive School Health), Montague
20. Evangeline Community Health Center, Wellington
21. Transition House Association (Second Stage House: Next Step), O'Leary
22. West Prince Caring Cupboard, O'Leary
23. West Prince Interagency Council (West Prince Interagency Youth Employment Project), Bloomfield
24. Western Development Corporation (West Prince Opportunity Centres), Alberton
25. Western School Board (Early Intervention Reading Assistance), Slemon Park

Organismes inclus dans la base de données, mais qui n'ont pas terminé l'enquête

Southern Kings Food Bank, PE

```
**********************************************************************************
**********************************************************************************
* Job Owner Name: .RBoychuk.HPPB-DGPPS.HALIFAX.NS-NE.HC-SC                       *
* Job Name      : KeyView Pro [6 Mth Oct02-Mar03 #5.doc]                         *
*                                                                                *
*              9:39:50 am                                6-3-2003              *
**********************************************************************************
*                                                                                *
*    K   K            V   V   i                      PPPP                       *
*    K  K             V   V                          P   P                      *
*    K K    eee  y   y V   V  ii    eee  w   w       P   P rrrr   ooo           *
*    KK    e   e y   y V   V   i   e   e w   w       PPPP  r   r o   o          *
*    K K   eeeee y   y V   V   i   eeeee w w w       P     r     o   o          *
*    K  K  e     y   y  V V    i   e     w w w       P     r     o   o          *
*    K   K  eeee  yyyy   V    iii   eeee  www        P     r      ooo           *
*                   y                                                          *
*                yyyy                                                          *
*                                                                                *
**********************************************************************************
*                                                                                *
*          RRRR  BBBB                    h           k           H   H PPPP    *
*          R   R B   B                   h           k           H   H P   P   *
*          R   R B   B  ooo  y   y  ccc  hhhh  u   u k  k        H   H P   P   *
*          RRRR  BBBB  o   o y   y c   c h   h u   u k k         HHHHH PPPP    *
*          R R   B   B o   o y   y c     h   h u   u kk          H   H P       *
*     ..   R  R  B   B o   o y   y c   c h   h u   u k k    ..    H   H P       *
*     ..   R   R BBBB   ooo   yyyy  ccc  h   h  uuuu k  k   ..    H   H P       *
*                              y                                                 *
*                           yyyy                                                 *
*                                                                                *
**********************************************************************************
**********************************************Hewlett-Packard NDPS Gateway*******
**********************************************************************************
```

ACAP ATLANTIC REGIONAL
SIX MONTH REPORT

October 1, 2002 – March 31, 2003

1. People Living with HIV/AIDS Involved in the Organization: **73**

   People Living with HIV/AIDS Involved in the Organization for the first time in past 6 months: **1**

Transportation	ACNL Board Members	Board Development	Operational Funding

5. Using the following table, briefly describe all initiatives which have begun in this six month period.

No new initiatives were begun during this reporting period.

6. Briefly describe any initiative that has ended during the last six months.

The Healthy Relationships Project was developed three years ago and funded by Health Canada. The project was a partnership between ACNL and Extension Co-op and provided broad sexual health prevention initiatives to youth, by youth, with the intent to increase healthy "lifestyle" choices in order to limit risk of HIV infection. The project ended in December 2002, as per the project time line, and it was successfully evaluated. A resource kit for youth and adults was developed and is intended for use for future sexual health work with youth.

7. Activities Update

ACAP Funding Approach & Operational Objective	*What activities are planned?*	*What activities have been completed?*	*How is this work evaluated?*	*What are the conclusions or recommendations resulting from this initiative?*
Prevention Education Prevention Education	Educational sessions in schools.	20 sessions were completed.	Written and verbal feedback from students and teachers.	Teachers and students both indicate the need for this initiative. Teachers are reluctant to provide the information themselves and students appreciate the frankness and importance of the information. ACNL has begun to provide more sessions out side of the Sat. John's area. As well, work with school boards will hopefully result in this work being done by schools in the future.

Gay Youth Project Prevention Education Health Promotion for PHAs Creating Supportive Environments	Development of needs assessment.	Needs assessment completed and distributed.	By Project Coordinator, Youth Coordinator and Project Advisory Committee. Complete project evaluation will be done at conclusion of project in December 2003.	N/A
ACAP Funding Approach & Operational Objective	*What activities are planned?*	*What activities have been completed?*	*How is this work evaluated?*	*What are the conclusions or recommendations resulting from this initiative?*

Organizational Development Strengthening Community-Based Organizations	1. Staff Retreat 2. Board meetings 3. Fundraising 4. Volunteer Recruitment	1. January 2003 2. Held according to the ACNL by-laws. 3. AIDS Walk, Tommy Sexton Project, Flower Campaign, Coin Boxes, Nurses Charity Ball. 4. Volunteers have been involved in every aspect of the organization.	1. A report was presented to the ACNL Board detailing the highlights of the staff retreat. Report prepared by Executive Director. 2. Internally by Board. 3. User surveys, statistics, amount of money raised. 4. Volunteer training provides feedback to the organization with respect to volunteer satisfaction, need, interest, and skills.	1. Staff retreats will be held twice yearly. 2. Provides guidance to the organization. 3. Provides sustainability for organization. Also allows ACNL to provide direct services to PHAs. 4. Provides organizational sustainability.
ACAP Funding Approach & Operational Objective	*What activities are planned?*	*What activities have been completed?*	*How is this work evaluated?*	*What are the conclusions or recommendations resulting from this initiative?*
Website and Toll-Free Line Prevention Education Health promotion for PHAs Strengthening Community-Based Organizations	Updating of website. Provision of information through the toll-free info line.	Ongoing	Verbal and written feedback from consumers. User statistics are recorded.	The numbers of users of users for both the toll-free line and the website clearly indicate a need for both services. Feedback for the two services is used to revise the content for both.

No problems or issues have impacted on the organization's ability to effectively carry out its' workplan.

8. Please identify any unanticipated changes to your ACAP operational workplan. **N/A**

9. Please describe any organizational changes that have occurred in the past six months. **None**